

OMNIMUT
Rue Natalis, 47B
4020 LIEGE2
BE81ZZZ0411731049
0411731049

Mandat de domiciliation européenne SEPA

En signant ce formulaire, vous autorisez :

- (a) OMNIMUT à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte;
- (b) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions d'OMNIMUT.

Vous bénéficiez d'un droit de remboursement par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte. Votre banque peut vous renseigner au sujet de vos droits relatifs à ce mandat.

Délai de notification : 7 jours.

Identification du mandat

Référence du mandat :

Objet du mandat : cotisations ou primes dues par le débiteur en matière d'assurances et services offerts par le créancier.

Type d'encaissement : récurrent (peut être utilisé plusieurs fois)

Informations relatives aux contrats entre le créancier et le débiteur - fournies seulement à titre indicatif

Référence du débiteur :

Identification du débiteur (titulaire du compte IBAN)

Nom :

Adresse :

.....

.....

Tous les champs doivent être complétés

Numéro de compte IBAN : BE ____ _

BIC : _____

Date : Localité :

Nom et prénom du signataire :

.....

Signature :

Ce document est à renvoyer ou à déposer au service clientèle de votre mutualité OMNIMUT, rue Natalis 47b 4020 Liège 2 ou dans votre agence habituelle.

Voir au verso

Référence :
.....
.....

Demande de paiement par domiciliation européenne SEPA

Je soussigné(e) :
.....
.....

désire activer le mandat de domiciliation européen dûment complété et signé joint à la présente pour les contrats souscrits ci-dessous auprès de ma mutualité OMNIMUT(1) :

- dossier n° / : ASSURANCE OBLIGATOIRE
- dossier n° / : ASSURANCE COMPLEMENTAIRE
- dossier n° / : HOSPITALIA
- dossier n° / : HOSPITALIA AMBULATOIRE
- dossier n° / : DENTALIA PLUS
- dossier n° / : MEDICALIA

(1) Cocher l'assurance (les assurances) pour laquelle (lesquelles) vous souhaitez la domiciliation.

Ainsi que pour les personnes suivantes :

Nom	Prénom	Date naissance	N° affiliation(2)

(2) Si connu

Je souhaite que ma domiciliation soit(3) :

- mensuelle trimestrielle semestrielle

(3) cocher la fréquence choisie

Date : / / Localité :

Nom et prénom du signataire :

Signature :

Ce document est à renvoyer ou à déposer au service clientèle de votre mutualité OMNIMUT, rue Natalis 47b 4020 Liège 2 ou dans votre agence habituelle.