MANDAT
S€PA
Single €uro Payments Aréa

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez **UGIP ASSURANCES** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte conformément aux instructions de **UGIP ASSURANCES**.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée : dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé, sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé, et vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

UGIP ASSURANCES

NOM, PRENOM ET ADRESSE DU TITULAIRE DU COMPTE :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Paiement : ☒Récurrent ☐Unique

POUR LE COMPTE DE :

SOLOGNE FINANCES / UGIP Assurances
73 – 75, Rue Brillat-Savarin
75013 PARIS

N°IBAN :

F	R																												

Numéro d'identification international du compte bancaire - **IBAN** (International Bank Account Number)

N°BIC :

Code international d'identification de votre banque – **BIC** (Bank Identifier Code)

Le : ..... / ..... / .....

SIGNATURE :

UGIP Assurances est une Marque de SOLOGNE FINANCES (courtier en assurance) Société par Actions Simplifiées au capital de 130 944 € RCS PARIS N°398 784 645 - Siret N°398 784 645 00044 Enregistrée auprès de l'ORIAS sous le N°07 005 590 (site internet de l'ORIAS www.orias.fr et soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) 61, Rue Taitbout 75436 PARIS Cedex 09. Toutes réclamations devront être adressées par voie postale à : UGIP Assurances "Service Réclamations" - 73/75, Rue Brillat-Savarin 75013 PARIS

RÉFÉRENCE UNIQUE DU MANDAT (RUM) : UGIP*

IDENTIFIANT CRÉANCIER SEPA (ICS) : FR 61 UGI 627957