

## En signant ce mandat, vous autorisez :

- ✓ MetLife à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte
- ✓ Votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de MetLife.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé(e) par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. La demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

## INFORMATIONS DU CRÉANCIER

**MetLife** - Cœur Défense - Tour A - 100 Esplanade du Général de Gaulle - 92400 Courbevoie - France

Identifiant Créancier SEPA (ICS) : MetLife Europe Limited (MEL) **F R 7 6 Z Z Z 0 0 0 5 8 2**

MetLife Europe Insurance Limited (MEIL)

## INFORMATIONS DU PAYEUR

Identité	<input type="checkbox"/> Payeur pour l'Assuré 1	<input type="checkbox"/> Payeur pour l'Assuré 2 (en cas de 2 <sup>ème</sup> assuré)
Civilité	<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme	<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme
Nom / Prénom(s) ou Raison sociale		
Adresse		
Code postal		
Ville		
Pays		
<b>Compte à débiter</b>		
IBAN		
BIC		

## IDENTIFICATION DU MANDAT

Référence Unique Mandat (RUM)	<b>X X X X X X X X X X X X</b>	<b>X X X X X X X X X X X X</b>
<i>(votre RUM correspondra à votre numéro de police)</i>		
Type de paiement	<input type="checkbox"/> Paiement récurrent/répétitif <input type="checkbox"/> Paiement ponctuel	<input type="checkbox"/> Paiement récurrent/répétitif <input type="checkbox"/> Paiement ponctuel
Type de contrat	<input type="checkbox"/> Super Novaterm Crédit <input type="checkbox"/> Super Novaterm Crédit Perte d'Emploi <input type="checkbox"/> Protection Immédiate Accident	<input type="checkbox"/> Super Novaterm Crédit <input type="checkbox"/> Super Novaterm Crédit Perte d'Emploi <input type="checkbox"/> Protection Immédiate Accident
Fait à		
Le		
Signature du payeur ou de la personne autorisée à signer pour l'Assuré 1	<b>X</b>	Signature du payeur ou de la personne autorisée à signer pour l'Assuré 2
		<b>X</b>

**IMPORTANT** : Merci de nous retourner ce mandat complété, signé et accompagné d'un Relevé d'Identité Bancaire (RIB) ou de Caisse d'Épargne (RICE).

Collez votre RIB ici (colle ou ruban adhésif) !  
Merci de ne pas agraffer.