

## Mandat de Prélèvement SEPA

Nom du créancier : Atradius Credit Insurance NV  
44, avenue Georges Pompidou  
92596 Levallois-Perret Cedex  
France

Référence unique du mandat  
(à compléter par le créancier après signature)

Identifiant du créancier

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) Atradius Credit Insurance NV à envoyer des instructions récurrentes à votre banque pour débiter votre compte et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions récurrentes de Atradius Credit Insurance NV. Vous bénéficiez d'un droit à remboursement par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passé avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte.

Nom

Numéro de client / UG  
(à compléter par Atradius)

Numéro d'Organisation  
(à compléter par Atradius)

Numéro et nom de la rue

Code postal et ville

Pays

IBAN

SWIFT BIC

Date (jj-mm-aaaa)

Lieu

Signature Signature (si votre compte nécessite une co-signature)

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Veillez nous retourner le document dûment complété et signé à :

Atradius Credit Insurance NV - Département Caution  
44, avenue Georges Pompidou  
92596 Levallois-Perret Cedex  
France

AtradiusCredit Insurance NV utilisera la facture comme moyen de pré-notification comprenant la référence unique du mandat d'une opération de prélèvement bancaire et enverra la facture au moins 10 jours ouvrables avant le débit de votre compte bancaire. Dans le cas où nos factures sont délibérément envoyées à un tiers et non à vous-même débiteur, ce tiers sera obligé de vous informer dans un délai suffisant de chaque opération de prélèvement à venir.