



THIS DOCUMENT IS ONLY THE TRANSLATION, THE AGREEMENT MUST BE FILLED AND SIGNED IN FRENCH VERSION (SEE BELOW)

SEPA DIRECT DEBIT MANDATE

Please return with your original bank statement

By signing this mandate, you authorise the C.A.M.T.I. to send instructions to your bank to debit your account, and your bank to debit your account in accordance with the instructions from the C.A.M.T.I. You are entitled to be reimbursed by your bank under the conditions described in the agreement that you have with it. A reimbursement request must be submitted to the bank:

- within 8 weeks of the date your account was debited for an authorised direct debit,
- without delay and within 13 months at the latest in the case of an unauthorised direct debit.

For all contributions collected by the C.A.M.T.I., you are reminded that:

Pursuant to Article 12 of Law no. 1048 of 28 July 1982 "the contribution is payable quarterly in advance, within the first 10 days of the quarter".

You will be informed of any direct debits at least 2 days before the banking transaction.

This transaction will take place on the first working day of the month in which it is payable, at the earliest.

Please complete all fields and sign this form to allow your request to be processed

CREDITOR

M C 5 6 Z Z Z 1 5 5 6 2 4

Creditor identification number

CAISSE D'ASSURANCE MALADIE ET MATERNITE DES TRAVAILLEURS INDEPENDANTS (C.A.M.T.I.)

Creditor name

11 rue Louis Notari

Address

98000

Post code, City

MONACO

Country

Recurring / repeated

On time / single payment

MEMBER

ID number

Name of the contributor or company name on whose behalf the payment is made

DEBTOR (Holder or company name on the bank account to be debited)

Surname and first name or company name it appears on the bank statement

Bank account in IBAN format as it appears on the bank statement

Bank's BIC code as it appears on the bank statement

Drawn on

on dd mm yy yy

To be returned:

C.A.M.T.I.

Service Recouvrement

11, rue Louis Notari

98000 MONACO

Your unique mandate reference will be sent to you by post once we have registered your request.



## MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

**A retourner accompagné de votre R.I.B. original**

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la C.A.M.T.I. à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la C.A.M.T.I.

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 lui 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.

Pour toutes les cotisations dont la C.A.M.T.I. assure le recouvrement, il est rappelé que :

conformément à l'article 12 de la loi n° 1048 du 28 juillet 1982, « la cotisation est payable trimestriellement, à terme anticipé, dans les 10 premiers jours du trimestre ».

Les prélèvements vous seront notifiés, au plus tard, 2 jours avant leur exécution en banque.

Cette dernière opération aura lieu, au plus tôt, le 1<sup>er</sup> jour ouvré du mois d'exigibilité.

**Merci de compléter tous les champs et de signer ce formulaire pour permettre le traitement de votre demande.**

**CREANCIER** ——— | M | C | | 5 | 6 | | Z | Z | Z | | 1 | 5 | 5 | 6 | 2 | 4 | ———

| **CAISSE D'ASSURANCE MALADIE ET MATERNITE DES TRAVAILLEURS INDEPENDANTS (C.A.M.T.I.)** |

*Nom du créancier*

| **11, rue Louis Notari** |

*Adresse*

| **98000** |

| **MONACO** |

*Code postal, Ville*

Paiement récurrent / répété     Paiement ponctuel / unique

**ADHERENT**

*Matricule*

*Nom du cotisant ou raison sociale pour le compte duquel le paiement est effectué*

**DEBITEUR (Titulaire ou raison sociale du compte bancaire à prélever)**

*Nom et prénom ou raison sociale tels qu'ils figurent sur le Relevé d'Identité Bancaire (RIB)*

*Compte bancaire au format IBAN tel qu'il figure sur le RIB*

*Code BIC de la banque tel qu'il figure sur le RIB*

Fait à \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_

j j m m a a a a

**Signature(s)**

**A retourner à :**

**C.A.M.T.I.**

Service Recouvrement

11, rue Louis Notari

98000 MONACO

*Votre Référence Unique de Mandat vous sera communiquée par courrier après enregistrement de votre demande par nos services.*

*« En vertu des dispositions de la Loi n°1165 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des informations vous concernant. Pour plus d'informations sur les traitements mis en œuvre, vous pouvez consulter la rubrique « Protection des données nominatives » sur le site internet [www.caisses-sociales.mc](http://www.caisses-sociales.mc) »* GA - 201911122804

Agence Comptable - 11, rue Louis Notari - 98000 MONACO

Accueil Rez-de-Chaussée - Bureau n°6

Tél.: (+377) 93 15 49 68 - Fax : (+377) 93 15 44 67 - ✉ [encaissement@caisses-sociales.mc](mailto:encaissement@caisses-sociales.mc)