

Mandat de prélèvement SEPA

SEPA Direct Debit Mandate

(for France and Monaco)



Nom du Créancier Creditor's Name	JP Morgan Chase Bank, N.A EUR DD re. International Medical Group Limited, 3rd Floor, Fitzalan House, Fitzalan Court, Cardiff, CF24 0EL, United Kingdom
Identifiant du créancier Identifier of the Creditor	GB70ZZZSDDCHAS00000041317119
Référence unique du mandat – à compléter par le créancier Mandate Reference (to be completed by the Creditor)	

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) JP Morgan Chase Bank, N.A EUR DD - International Medical Group Limited, à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de JP Morgan Chase Bank, N.A EUR DD - International Medical Group Limited. Vous bénéficiez d'un droit à 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. Note : Vos droits concernant le mandat ci-dessus sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

By signing this mandate form, you authorise (a) JP Morgan Chase Bank, N.A EUR DD - International Medical Group Limited, to send instructions to your bank to debit your account and (b) your bank to debit your account in accordance with the instructions from JP Morgan Chase Bank, N.A EUR DD - International Medical Group Limited. As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited. Note: Your rights are explained in a statement that you can obtain from your bank.

Nom du débiteur (s)

Name of Debtor(s)

Votre adresse / Numéro et nom de la rue

Your address / Street name and number

Code postal

Postcode

Ville

City/Town

Pays

Country

Numéro d'identification de ce contrat

Identification number of the underlying contract (Policy No.)

Code international d'identification de votre banque –

BIC (Bank Identifier Code)

SWIFT BIC

Les coordonnées de votre compte

Numéro d'identification internationale du compte bancaire –

IBAN (International Bank Account Number)

Account number (IBAN)

Signature (s)

Signature(s)

Signé à

City or town in which you are signing

Date

Date

Type de paiement :

Type of Payment:

☐

Paiement récurrent / répétitif

Recurrent payment

☐

Paiement ponctuel

One-off payment

Informations relatives au contrat entre le créancier et le débiteur – fournies seulement à titre indicatif

Details regarding the underlying relationship between the Creditor and the Debtor - for information purposes only

Nom du Tiers Débiteur: si votre paiement concerne un accord passé entre - IMG et un Tiers

Name of the Debtor Reference Party (if you are making a payment in respect of an arrangement between - IMG and another person)

Si vous payez pour votre propre compte, ne pas remplir

If you are paying on your own behalf, leave blank.

A retourner à :

Please return to:

E: ClientFinanceIntl@imglobal.com

3rd Floor, Fitzalan House, Fitzalan Court,

Cardiff, CF24 0EL, United Kingdom

T +44 (0) 1903 817970

0825