MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

Veuillez remplir ce formulaire en LETTRES CAPITALES.

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier : entrer le numéro de police

Avant de remplir ce formulaire, veuillez contacter votre établissement bancaire pour vous assurer que le mandat de prélèvement SEPA est accepté. S'il n'est pas accepté, veuillez sélectionner une autre méthode de paiement.

En signant ce mandat de prélèvement, vous autorisez (A) Allianz Care à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions d'Allianz Care. Vous bénéficiez du droit au 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. Vous pouvez obtenir une déclaration expliquant vos droits auprès de votre banque.

CRÉANCIER

Nom	ALLIANZ WORLDWIDE CARE
Adresse	15 JOYCE WAY, PARK WEST BUSINESS CAMPUS, NANGOR ROAD, DUBLIN 12, D12 XE93, IRLANDE
Identifiant	GB56632SDDCITI00000005031262
Type de paiement	☒ Paiement récurrent ☐ Paiement ponctuel

DÉBITEUR

Nom du titulaire du compte

Adresse du titulaire du compte

Ville

Code postal

Pays

Numéro de référence

Nom de la banque

Adresse de la banque

Numéro du compte Code guichet

Numéro du compte - IBAN

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

Signature(s)

Nom

Signé à

Date J J / M M / A A A A

Allianz Care est responsable du traitement des données à caractère personnel, y compris les informations financières concernant vous et/ou vos ayants droit. En accord avec les lois européennes sur la protection des données, vous avez le droit de demander à recevoir une copie des données à caractère personnel vous concernant en notre possession. Si vous souhaitez exercer ce droit d'accès, veuillez écrire au responsable de la protection des données à l'adresse suivante : Data Protection Officer, Allianz Care, 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irlande, ou par email à : client.services@allianzworldwidecare.com

VEUILLEZ REMPLIR, SIGNER ET RETOURNER CE FORMULAIRE À :

Allianz Care, 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, D12 XE93 Irlande.

Ce document est une traduction française du document en anglais « SEPA Direct Debit Mandate ». La version en anglais de ce document est la version originale et officielle. Si des différences existent entre cette traduction et la version anglaise, veuillez noter que la version anglaise est la version légalement engageante et officielle.

L'assureur est AWP Health & Life SA, société anonyme régie par le Code des assurances, au capital de 65 190 446 €, dont le siège social est situé au 7 Rue Dora Maar, 93400 Saint-Ouen, France - No. 401 154 679 RCS Bobigny. Numéro de TVA : FR 84 401 154 679. AWP Health & Life SA exerce sous les dénominations commerciales d'Allianz Care et Allianz Partners. L'administrateur de votre assurance est AWP Health & Life Services Limited - succursale belge, située 1 place du Samedi - 1000 Bruxelles, Belgique. TVA : BE 0843.991.159. RPM Bruxelles: 843.991.159. IBAN : BE65363102631696. BIC : BBRUBEBB. AWP Health & Life Services Limited exerce sous les dénominations commerciales d'Allianz Care et Allianz Partners.

FRM-Afiliatys-DDM-FR-1119