APPEL DE COTISATION

le 11 décembre 2025

Pour l'assurance Responsabilité Civile de votre Entreprise

Allianz

AZ253413535020211 94IPE1BR55981027.....
03910_G4_21.2__12586177_100011_■

10000000000
00003910-0001-0002-70

L'ASSURANCE ALLIANZ PROFIL ENTREPRISE
Contrat n° 55981027

TRASSY
STS
ATELIER DES METIERS
440 AV DU CHATEAU DE CASTELNAU
46130 BRETENOUX

Cher Client,

Votre cotisation arrive à échéance le 1er janvier 2026, elle correspond à la période d'assurance du 1er janvier 2026 au 31 décembre 2026.

Montant à régler : 677,61 EUR

Vous avez choisi Allianz Profil Entreprise - Assurance Responsabilité civile pour couvrir votre Responsabilité Civile de chef d'entreprise liée :
- à l'activité principale de votre entreprise :
CHAUDRONNERIE-TUYAUTERIE METALLIQUE NON DESTINEE AUX BATIMENT ET TRAVAUX PUBLICS

Nous vous invitons à consulter les garanties souscrites, les capitaux assurés ainsi que le détail de votre cotisation au verso.

Pour faciliter vos opérations de règlement, nous vous engageons à utiliser le coupon-réponse TIP ci-après et à l'adresser au moyen de l'enveloppe jointe selon les recommandations portées au verso.

Nous vous remercions de votre confiance et de votre fidélité.

Allianz IARD
S.A. au capital de 991 967 200 euros
542 110 291 RCS Nanterre
N° de TVA : FR76 542 110 291

Entreprise régie par le Code des assurances
Siège Social : 1 cours Michelet - CS 30051
92076 Paris la Défense Cedex

EEC516 - NNE 107514
INF10242.0242 - V08/09 - Création graphique Allianz
EEC20 - 01/15

COUPON A DETACHER ET RETOURNER DANS TOUS LES CAS >>>>

IBAN : FR7613135000800810673973558
ICS : FR20ZZZ107514
RUM : TIP000712803722089503105533539201
En cas de modification d'IBAN, joindre un Relevé d'Identité Bancaire

Veuillez débiter mon compte du montant indiqué sur le présent TIP
Date Signature

ALLIANZ
TSA 30200
93736 Bobigny Cedex 9

Montant : 677,61 €

TIPS€PA

TRASSY
STS
ATELIER DES METIERS
440 AV DU CHATEAU DE CASTELNAU
46130 BRETENOUX

IPE1
000026045

Mandat de prélèvement SEPA ponctuel : en signant ce formulaire de mandat, vous autorisez Allianz IARD à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de votre créancier. 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 être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

CONTRAT N° 55981027
COTISATION N° 031 055 335 392
INTERMEDIAIRE 400474

NE RIEN INSCRIRE SOUS CE TRAIT - NE PAS PLIER

310553353927 TRASSY JEAN MICHEL 13135000800810673973558

000712000772 10803722089503105533539201939104 67761

04000004