

MANDAT de Prélèvement SEPA

Référence Unique de Mandat

NNS1AD20250800000100319333



Allianz

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'entreprise d'assurance ALLIANZ VIE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et vous autorisez votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de ALLIANZ VIE.

Ce mandat est valable pour tous les contrats de la compagnie en prélèvement automatique utilisant les mêmes coordonnées bancaires du compte à débiter.

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 portant sur le présent mandat figurent dans le document qui vous sera remis par votre banque.

Les engagements réciproques résultant du contrat d'assurance doivent être exécutés de bonne foi. En signant le présent mandat, vous consentez expressément au paiement de la prime contractuelle par mode de prélèvement. Le non-paiement de la prime, même en cas de contestation ou d'annulation du prélèvement est susceptible d'engager la responsabilité du débiteur (payeur) vis à vis de l'entreprise d'assurance.

Veuillez compléter en noir et lettres majuscules les champs marqués par une étoile (*) en détachant vos caractères et en portant un caractère par case.

Votre Nom ou Raison Sociale*
Vos Prénoms*

MME ARMISTO LAETITIA

Votre Adresse *

42 BD GEORGES JUSKIEWENSKI

Appartement / Boîte Aux Lettres / Etage ou Service

FIGEAC

Entrée / Batiment / Immeuble / Résidence / Zone Industrielle
Numéro et nom de la voie

Code postal ou Cedex 46100

Localité FIGEAC

Lieu-dit ou Services Postaux

Pays FRANCE

Les coordonnées de votre compte à débiter

IBAN* FR7611206000860121058176283

BIC* AGRIFRPP812

Nom de l'entreprise d'assurance
I.C.S.ALLIANZ VIE
FR05ZZZ100315

Type de paiement* :

Paiement récurrent / répétitif ☒Paiement ponctuel ☐

Signé à

* FIGEAC -----
LieuJ.B.P. BILIN
Date (JJ MM SSAA)

Signature(s) :

* Veuillez signer ici

A retourner signé par le client à :

ALLIANZ SEPA
TSA 54011
92087 LA DEFENSE CEDEX
FRANCEZone réservée à l'usage exclusif de l'entité
juridique :

Code intermédiaire _

Pour toute information contenue dans le présent mandat, vous pourrez exercer vos droits de révocation du mandat et d'opposition, d'accès, de rectification tels que prévus dans la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, en précisant obligatoirement la référence unique du mandat, et en vous adressant à :

ALLIANZ SANTE PREVOYANCE
DIRECTION DES OPERAT
TSA 41008
67018 STRASBOURG CEDEX
FRANCE