Allianz Care

Autorisation de prélèvement automatique du compte bancaire

Malheureusement ce mode de paiement n'est pas disponible pour les titulaires d'un compte bancaire **PostFinance**.
Veuillez compléter ce formulaire en LETTRES CAPITALES.

Identifiant LSV A W C 1 W

Nom du titulaire du compte

Adresse du titulaire du compte

Pays

Numéro de compte bancaire

IBAN

Nom et adresse complète de votre banque:

Nom

Adresse

Code postal

Instructions à votre banque

Par la présente, j'autorise ma banque, sous réserve de révocation comme indiqué dans la garantie ci-dessous, à débiter sur mon compte les recouvrements directs émis par Allianz Care. Les montants peuvent varier et être prélevés à différentes dates. Je comprends qu'Allianz Care peut conserver cette autorisation et en transmettre électroniquement les détails à ma banque. Le montant débité me sera remboursé si je le conteste dans les 30 jours civils suivant la date de prélèvement auprès de ma banque, en la forme contraignante.

Signature(s)

Nom(s)

Date J J / M M / A A A A

La protection de vos données personnelles est notre priorité.

Pour consulter notre notice sur la protection des données, rendez-vous sur : www.allianzcare.com/fr/confidentialite-du-site-web.html

Cette garantie doit être détachée et conservée par le payeur

La Garantie du prélèvement automatique

Cette garantie est accordée par tous les établissements bancaires qui acceptent le prélèvement automatique. L'efficacité et la sécurité de ce système sont surveillées et protégées par votre banque. Si la somme à payer ou les dates de paiement sont modifiées, Allianz Care vous en informera 10 jours ouvrés avant que votre compte ne soit débité, sauf si cela est convenu autrement. Si une erreur est commise de la part d'Allianz Care ou de votre banque, le remboursement complet et immédiat par votre agence de la somme payée vous est garanti. Vous pouvez annuler un prélèvement automatique à tout moment en instruisant votre banque par écrit. Veuillez également nous envoyer une copie de cette lettre à l'adresse indiquée ci-dessous.

Veuillez compléter, signer et retourner ce formulaire à votre banque. Veuillez également nous envoyer une copie par e-mail à : **client.services@e.allianz.com**
ou par courrier à : **Allianz Care, 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irlande.**

FRM-DDM-CHF-FR-0224

AWP Health & Life SA, agissant par l'intermédiaire de sa succursale irlandaise, est une société anonyme régie par le code des assurances. Enregistrée en France : No. 401 154 679 RCS Bobigny. Succursale irlandaise enregistrée auprès du bureau d'enregistrement des sociétés irlandaises (Irish Companies Registration Office), numéro d'enregistrement : 907619. Adresse : 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irlande. AWP Health & Life SA exerce sous les dénominations commerciales d'Allianz Care et Allianz Partners.