

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 (des) titulaire(s) du compte

Adresse du (des) titulaire(s) du compte

Pays

Numéro de compte bancaire

IBAN

Nom et adresse complète de votre banque :

Nom de la banque

Adresse de la banque

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. Les montants peuvent varier et être prélevés à différentes dates. Je comprends qu'Allianz 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 (JJ/MM/AAAA)

/ /

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 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 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, 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irlande.**

Ce document est une traduction française du document en anglais. La version en anglais 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.

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.