Mandato per addebito diretto SEPA

Per favore, compili il presente modulo in **STAMPATELLO**.

Riservato al creditore: indicare il numero di polizza

SEPA
Area unica dei pagamenti in euro

Prima di completare il presente modulo, per favore contatti la sua banca o istituto di credito per verificare se possono effettuare un addebito diretto SEPA.
In caso contrario, dovrà selezionare un metodo di pagamento alternativo.

La sottoscrizione del presente mandato comporta (A) l'autorizzazione ad Allianz Worldwide Care a richiedere alla banca del debitore l'addebito del suo conto e (B) l'autorizzazione alla banca del debitore di procedere a tale addebito conformemente alle disposizioni impartite da Allianz Worldwide Care. Il debitore ha diritto di ottenere il rimborso dalla propria banca secondo gli accordi ed alle condizioni che regolano il rapporto con quest'ultima. Se del caso, il rimborso deve essere richiesto nel termine di 8 settimane a decorrere dalla data di addebito in conto. I diritti del sottoscrittore del presente mandato sono indicati nella documentazione ottenibile dalla propria banca.

Creditore

Nome del debitore	ALLIANZ WORLDWIDE CARE
Indirizzo del debitore	15 JOYCE WAY, PARK WEST BUSINESS CAMPUS, NANGOR ROAD, DUBLINO 12, IRLANDA
Codice identificativo del creditore	GB06632SDDCITI00000022121137
Tipo di pagamento	☒ Ricorrente ☐ Singolo

Debitore

Nome del titolare del conto

Indirizzo del titolare del conto

Località

Codice postale

Paese

Numero di polizza

Nome della banca / istituto di credito

Indirizzo della banca / istituto di credito

Numero di conto della banca / istituto di credito Codice Sort

Numero del conto (IBAN)

SWIFT BIC

Firma/e

Nome/i in stampatello

Luogo di sottoscrizione

Data G G / M M / A A

Allianz Worldwide Care agisce da garante nel trattamento delle informazioni personali, incluse quelle a carattere finanziario relative al debitore e ai suoi familiari a carico. Secondo le direttive sulla protezione dei dati personali dell'Unione Europea, il debitore ha diritto di richiedere e di ricevere copia delle proprie informazioni personali in possesso del creditore. Per esercitare tale diritto, scrivere al garante della protezione dei dati presso il seguente indirizzo: Allianz Worldwide Care, 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublino 12, Irlanda; o, in alternativa, scrivere al seguente indirizzo e-mail: client.services@allianzworldwidecare.com.

Restituire il modulo compilato e firmato a:
Allianz Worldwide Care, 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road,
Dublino 12, Irlanda

Allianz Worldwide Care

FRM-DDM-IT-0417

Il presente documento è una traduzione in italiano del "SEPA Direct Debit Mandate" in lingua inglese. Il testo in inglese è l'unico originale e con valore legale. Se eventuali discrepanze dovessero emergere tra la versione in italiano e la versione in inglese, quest'ultima sarà l'unica a dover essere considerata legalmente vincolante. AWP Health & Life SA è una società per azioni soggetta al codice di regolazione francese del settore assicurativo ("Code des Assurances") e opera sul mercato attraverso la sua succursale irlandese. Compagnia registrata in Francia con il numero: 401 154 679 RCS Nanterre. La succursale irlandese è registrata nel registro ufficiale delle aziende presenti in Irlanda con il numero 907619, all'indirizzo 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublino 12, Irlanda. Allianz Worldwide Care è una ragione sociale registrata di AWP Health & Life SA.