

AG Insurance sa
 Bd E. Jacqmain 53
 1000 BRUXELLES
 Belgique
 Identification du créancier : BE81ZZZ0404494849

Réf. Mandat	MANDAT SEPA DOMICILIATION EUROPÉENNE - CORE XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
--------------------	--

Je, soussigné preneur d'assurance non-preneur d'assurance , déclare

- être titulaire ou mandataire du compte ci-dessous
- accepter qu'AG Insurance envoie des ordres à ma banque pour débiter un montant de mon compte
- accepter que la banque débite mon compte conformément à l'ordre d'AG Insurance
- accepter la proposition d'AG Insurance de respecter un délai de notification de minimum cinq jours avant chaque paiement domicilié. Cette notification sera adressée au preneur d'assurance. Pour les paiements mensuels, la notification sera effectuée une fois par an et au moins cinq jours avant l'échéance annuelle du contrat
- marquer mon accord avec l'enregistrement et le traitement de mes données personnelles par AG Insurance sa, dont le siège social est établi à Bd E. Jacqmain 53, 1000 Bruxelles, en qualité de responsable du traitement de ces données. Ces données personnelles sont exclusivement traitées pour l'exécution de services de paiement liés au contrat pour lequel le mandat a été donné, en ce compris la prévention d'abus et de fraude. Pour le droit de consultation et de correction des données incorrectes, il convient d'adresser une demande à l'adresse précitée.

Je peux faire rembourser une domiciliation européenne par la banque conformément aux conditions stipulées dans ma convention avec la banque. La demande de remboursement devra être introduite dans les 8 semaines suivant la date à laquelle le montant a été débité.

Mes données

Nom (*)	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Prénom (*)	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Rue (*)	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Numéro (*)	Boîte	Code postal (*)	
	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Localité (*)	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Pays	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Adresse e-mail	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
GSM	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Numéro de compte IBAN (*)	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
BIC (*)	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Qualité (*)	Titulaire du compte <input type="radio"/>	Mandataire <input type="radio"/>	
Type de paiement (*)	Récurrent <input type="radio"/>	Unique <input type="radio"/>	
Référence du paiement (*)	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
(n° de contrat, ...)	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Établi à.....			
Date (*)	Signature (*) (**)	Signature du preneur d'assurance (*) (***)	
<input style="width: 100%;" type="text"/>			

(*) A compléter obligatoirement.
 (**) Pour une personne juridique, signature du ou des représentants habilités à engager la société, avec mention de leur nom et qualité.
 (***) Uniquement si cette personne est différente du titulaire ou du mandataire.

Nous vous prions de bien vouloir renvoyer ce document dûment complété et signé à AG Insurance sa - Expenses & Receipts - Bd E. Jacqmain 53, 1000 Bruxelles.

AG Insurance sa
 Bd E. Jacqmain 53
 1000 BRUXELLES
 Belgique
 Identification du créancier : BE81ZZZ0404494849

MANDAT SEPA DOMICILIATION EUROPÉENNE - CORE

Réf. Mandat XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Je, soussigné preneur d'assurance non-preneur d'assurance, déclare

- être titulaire ou mandataire du compte ci-dessous
- accepter qu'AG Insurance envoie des ordres à ma banque pour débiter un montant de mon compte
- accepter que la banque débite mon compte conformément à l'ordre d'AG Insurance
- accepter la proposition d'AG Insurance de respecter un délai de notification de minimum cinq jours avant chaque paiement domicilié. Cette notification sera adressée au preneur d'assurance. Pour les paiements mensuels, la notification sera effectuée une fois par an et au moins cinq jours avant l'échéance annuelle du contrat
- marquer mon accord avec l'enregistrement et le traitement de mes données personnelles par AG Insurance sa, dont le siège social est établi à Bd E. Jacqmain 53, 1000 Bruxelles, en qualité de responsable du traitement de ces données. Ces données personnelles sont exclusivement traitées pour l'exécution de services de paiement liés au contrat pour lequel le mandat a été donné, en ce compris la prévention d'abus et de fraude. Pour le droit de consultation et de correction des données incorrectes, il convient d'adresser une demande à l'adresse précitée.

Je peux faire rembourser une domiciliation européenne par la banque conformément aux conditions stipulées dans ma convention avec la banque. La demande de remboursement devra être introduite dans les 8 semaines suivant la date à laquelle le montant a été débité.

Mes données

Nom (*)	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Prénom (*)	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Rue (*)	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Numéro (*)	Boîte	Code postal (*)	
	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Localité (*)	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Pays	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Adresse e-mail	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
GSM	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Numéro de compte IBAN (*)	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
BIC (*)	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Qualité (*)	Titulaire du compte <input type="radio"/>	Mandataire <input type="radio"/>	
Type de paiement (*)	Récurrent <input type="radio"/>	Unique <input type="radio"/>	
Référence du paiement (*) (n° de contrat, ...)	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Établi à.....			
Date (*) <input style="width: 100%;" type="text"/>	Signature (*) (**)	Signature du preneur d'assurance (*) (***)	

(*) A compléter obligatoirement.
 (**) Pour une personne juridique, signature du ou des représentants habilités à engager la société, avec mention de leur nom et qualité.
 (***) Uniquement si cette personne est différente du titulaire ou du mandataire.