

Mandat de domiciliation européenne SEPA



Vanbreda & Lang S.A.

Numéro identifiant du créancier: LU41ZZZ00000000000000000175

2-4, rue du Château d'Eau | L- 3364 Leudelange | LUXEMBOURG

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la société Vanbreda & Lang S.A. à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du créancier.

Vous bénéficiez d'un droit à remboursement par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle.

Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte. Vos droits concernant le mandat ci-dessus sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Le premier encaissement de la prime par domiciliation peut être effectué dès la date de signature du présent document.

Réservé à la Compagnie et/ou à l'intermédiaire

N°. de contrat: _____

N° d'agence: _____ Nom de l'intermédiaire: _____

A défaut du numéro de contrat: - Produit concerné: _____

- Complément d'info (p.ex. plaque): _____

Date de prise d'effet souhaitée: _____

Fractionnement désiré: mensuel* trimestriel semestriel annuel

* mensuel est possible si la prime annuelle nette est supérieure à 300€

Identification du preneur d'assurance (à renseigner si le preneur est différent du débiteur - titulaire du compte) **Tous les champs sont obligatoires.**

Nom / Prénom: _____

Rue / N° de maison: _____

Code Postal / Localité: _____ Pays: _____

Identification du débiteur (à compléter par le débiteur-titulaire du compte courant). **Tous les champs sont obligatoires.**

Nom / Prénom: _____

Rue / N° de maison: _____

Code Postal / Localité: _____ Pays: _____

Votre numéro de compte IBAN: _____

(vous trouvez votre numéro de compte IBAN et code BIC comme info sur vos extraits de compte)

Code BIC de votre banque: _____

Identification du mandat (à compléter par la société Vanbreda & Lang S.A.)

Référence du mandat : _____

Objet du mandat: Encaissement de primes d'assurance _____

Type d'encaissement: récurrent (peut être utilisé plusieurs fois)

Signé le ____ / ____ / ____ à _____

Signature du titulaire du compte à débiter

Remarque: Veuillez faire parvenir la procuration originale dûment signée à Vanbreda & Lang S.A. (et non à la banque)