

AG Insurance nv
 E. Jacqmainlaan 53
 1000 BRUSSEL
 België
 Schuldeiseridentificatie : BE81ZZZ0404494849

MANDAAT SEPA EUROPESE DOMICILIËRING - CORE
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Ik, ondergetekende, verzekeringnemer niet-verzekeringnemer, verklaar

- rekeninghouder of volmachtouder te zijn van onderstaande rekening
- in te stemmen dat AG Insurance opdrachten stuurt naar mijn bank om een bedrag van mijn rekening te debiteren
- in te stemmen dat mijn bank mijn rekening debiteert in overeenstemming met de opdracht van AG Insurance
- in te stemmen met het voorstel van AG Insurance een kennisgevingstermijn in acht te nemen van minimum vijf dagen voorafgaand aan de uitvoering van iedere gedomicileerde betaling. De kennisgeving zal gericht worden aan de verzekeringnemer. Voor maandelijkse betalingen gebeurt de kennisgeving eenmaal per jaar en minimum vijf dagen vóór de jaarvervaldag van het contract
- akkoord te gaan met de registratie en verwerking van mijn persoonsgegevens door AG Insurance nv, met maatschappelijke zetel te E. Jacqmainlaan 53 te 1000 Brussel, zijnde de verantwoordelijke voor de verwerking. Deze persoonsgegevens worden uitsluitend verwerkt voor de uitvoering van betalingsdiensten met betrekking tot het contract waarvoor het mandaat gegeven is, met inbegrip van het voorkomen van misbruik en fraude. Voor het recht van toegang en het recht van verbetering van onjuiste gegevens dient een verzoek gericht te worden aan bovenvermeld adres.

Ik kan een Europese domiciliëring laten terugbetalen door mijn bank volgens de voorwaarden die in mijn overeenkomst met de bank zijn vastgelegd. Een verzoek tot terugbetaling moet gebeuren binnen de 8 weken na de datum waarop het bedrag gedebiteerd werd.

Mijn gegevens

Naam (*)

Voornaam (*)

Straat (*)

Nummer (*) Busnr Postcode (*)

Gemeente (*)

Land

E-mailadres

GSM

Rekeningnummer IBAN (*)

SWIFT BIC (*)

Hoedanigheid (*) Rekeninghouder Volmachtouder

Type-betaling (*) Terugkerend Eenmalig

Referentie betaling (*) (contractnummer, ...)

Opgemaakt te

Datum (*) <input type="text"/>	Handtekening (*) (**) <input type="text"/>	Handtekening verzekeringnemer (*) (***) <input type="text"/>
-----------------------------------	---	--

(*) *Verplicht in te vullen.*
 (**) *Voor een rechtspersoon, handtekening van de vertegenwoordiger(s) die gemachtigd is/zijn de vennootschap te verbinden, met toevoeging van zijn/hun naam en hoedanigheid.*
 (***) *Alleen vereist indien verschillend van rekeninghouder of volmachtouder.*

Gelieve dit document ingevuld en ondertekend terug te bezorgen aan AG Insurance nv - Expenses & Receipts - E. Jacqmainlaan 53, 1000 Brussel.