

Mandat de Domiciliation Européenne SEPA

RÉFÉRENCE DU MANDAT*

*Vous sera communiquée avant votre premier prélèvement.

POUR UN PRÉLÈVEMENT RÉCURRENT

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) P&V Assurances SCRL à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de P&V Assurances SCRL.

Vous bénéficiez d'un droit de 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.

Veuillez compléter les champs ci-dessous.

Le soussigné

Données titulaire(s) du compte à débiter

Titre Mr Mme Compagnie

Nom

Prénom

Rue

N°/Boîte

Code postal

Ville

Pays

Adresse E-mail

N° de compte IBAN

Code BIC

Type / n° contract / convention

Nom du preneur d'assurance

Date (jour - mois - année)

Signature titulaire(s) du compte

Lieu

Le document complété et signé est à envoyer

par courrier à **P&V - Département Encaissements rue Royale 151 1210 Bruxelles** ou
par fichier électronique à l'adresse mail **mandate@pv.be**