L'Ardenne Prévoyante
COMPAGNIE D'ASSURANCES
Différents par volonté et par nature.

L'Ardenne Prévoyante S.A.
Avenue des Démineurs, 5
4970 Stavelot
BELGIQUE

MANDAT DE DOMICILIATION EUROPÉENNE SEPA Core

RÉFÉRENCE DU MANDAT

POUR UN PRÉLÈVEMENT ☒ RÉCURRENT / ☐ UNIQUE

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) L'Ardenne Prévoyante S.A / BE15ZZZ0402313537 à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de L'Ardenne Prévoyante S.A / BE15ZZZ0402313537.

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.

Vous recevez votre avis d'échéance au minimum 8 jours avant la date de prélèvement.

Le soussigné,

Nom du débiteur

Rue et numéro

Code postal et ville

Pays

N° de compte IBAN

Code BIC

N° de contrat sous-jacent

En option :
Je souhaite recevoir mes avis d'échéances via Zoomit[1] exclusivement : ☐ Oui / ☐ Non

Date (jour/mois/année)

Signature

Lieu

[1] Plus d'information sur Zoomit : www.zoomit.be