



A member of the **ERGO** Insurance Group

Mandat de domiciliation européenne SEPA CORE

Référence du mandat – à compléter par le créancier

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) **D.A.S. s.a.** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **D.A.S. s.a.** Vous bénéficiez d'un droit au 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 pouvez obtenir auprès de votre banque des informations sur vos droits dans le cadre de ce mandat.

Titulaire(s) du compte

votre nom :

rue et numéro :

code postal et localité :

pays :

IBAN :

BIC :

Créancier

nom du créancier : D.A.S.

identification du créancier : BE95ZZZ0401620778

rue et numéro : Avenue Lloyd George 6

code postal et localité : 1000 Bruxelles

pays : Belgique

Type d'encaissement

numéro d'identification du contrat sous-jacent :

nombre de recouvrements par échéance :

localité

.....

signature(s)

date de signature : _ _ - _ _ - _ _ _ _