

Demande de prélèvement automatique



Document à utiliser **obligatoirement** en cas de paiement des cotisations / versements par prélèvement automatique.

Comment faire votre demande ?

La partie haute de ce document est à renvoyer complétée à votre centre de gestion Allianz, accompagnée d'un relevé d'identité bancaire (RIB) ou de caisse d'épargne (RICE). La partie basse (autorisation de prélèvement proprement dite) est à retourner directement à votre banque complétée et signée, **accompagnée également** d'un relevé d'identité bancaire ou de caisse d'épargne.

À partir de quand bénéficierez-vous du prélèvement ?

Un délai maximum de **2 mois** est nécessaire avant l'enregistrement de votre demande de prélèvement. Dès qu'elle est prise en compte, vous en êtes automatiquement informé **au préalable** par votre avis d'échéance.

M. Mme Mlle Nom : Prénom :

Adresse :

Rés., Bât., Esc. : Code postal : Commune :

1 - Indiquez le ou les contrats Santé concerné(s) par le prélèvement :

Contrat / Proposition N°

Contrat / Proposition N°

2 - Précisez le rythme de prélèvement souhaité (en cochant la case de votre choix) :

- Prélèvement Mensuel Prélèvement Semestriel
 Prélèvement Trimestriel Prélèvement Annuel

Date de prélèvement souhaité soit :

- le 5 du mois le 15 du mois le 30 du mois

Vous êtes bien sûr libre d'interrompre le prélèvement de vos cotisations à tout moment. Pour cela, il vous suffit d'en aviser votre bureau de gestion Allianz.

3 - Complétez les parties ci-dessous (en écrivant en majuscules)

Allianz I.A.R.D.

Tour Neptune, 20 place de Seine - 92086 Paris La Défense Cedex - www.allianz.fr

Société Anonyme au capital de 938 787 416 euros.

542 110 291 R.C.S Paris. Entreprise régie par le Code des assurances - Siège Social : 87, rue de richelieu 75002 Paris.

« Nous vous informons que les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné au traitement de la présente demande. Elles pourront aussi être utilisées, sauf opposition de votre part, dans un but de prospection pour les produits distribués par le groupe Allianz (assurances, produits bancaires et financiers, services). Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, telle que modifiée par la loi du 6 août 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de modification, de rectification, de suppression et d'opposition relatif aux données vous concernant, soit en adressant un mail à l'adresse DQRCDV@allianz.fr, soit en adressant un courrier auprès de : Allianz - Informatique et Libertés - Case Courrier 1304 - Tour Neptune, 20 place de Seine - 92086 Paris La Défense Cedex ».

AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT : à retourner directement à votre banque.

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à débiter ce dernier, si sa situation le permet, du montant des avis de prélèvement qui seront émis à mon nom par Allianz I.A.R.D. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement avec l'organisme créancier.

Nom, prénoms et adresse du débiteur

.....
.....
.....
.....

Compte à débiter

Codes		N° du compte	Clé R.I.B.
Établis.	Guichet		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Date

Signature

N° National d'émetteur

BANQUE 107514

Désignation de l'organisme créancier

Allianz I.A.R.D.

Tour Neptune - 20 place de Seine
92086 Paris La Défense Cedex

Nom et adresse postale de l'établissement teneur du compte à débiter

.....
.....
.....
.....

Très important : Prière de renvoyer cet imprimé à l'organisme créancier en y joignant obligatoirement un relevé d'identité bancaire (R.I.B.), ou la caisse d'Épargne (R.I.C.E).