

En signant ce formulaire de mandat SEPA (Single Euro Payments Area ou Espace unique de paiement en euros) :

Vous autorisez Air Assurances à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions d'Air Assurances. · Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande éventuelle de remboursement devra être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé. Vous acceptez de réduire le délai de notification préalable initialement fixé à 14 jours et ainsi de recevoir une notification préalable dans un délai de 5 jours calendaires avant la date d'échéance du prélèvement SEPA.

CRÉANCIER

AIR ASSURANCES
60 rue de la Chaussée d'Antin
BP 19 756
75421 Paris Cedex 09, France

Identifiant créancier SEPA
FR75ZZZ425848
Référence unique de mandat :

DÉBITEUR

NOM

PRÉNOM

ADRESSE

CODE POSTAL

VILLE

PAYS

PÉRIODICITÉ (RÉCURRENT/MOIS)

COORDONNÉES BANCAIRES

IBAN

BIC (ENTRE 8 ET 11 CHIFFRES) *

LE TIERS DEBITEUR (UNIQUEMENT A REMPLIR SI DIFFERENT DU DEBITEUR)

NOM

PRÉNOM

ADRESSE

CODE POSTAL

VILLE

PAYS

FAIT À

LE

SIGNATURE OBLIGATOIRE

À RETOURNER À :
AIR ASSURANCES
60, rue de la Chaussée d'Antin
BP 19 756
75 421 Cedex 09 Paris - France

* JOINDRE UN RIB