

Mandat de prélèvement SEPA

Numéro de police	<input type="text"/>
Nom du titulaire du compte	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>
Code postal, commune	<input type="text"/>
Pays	<input type="text"/>
IBAN	<input type="text"/>
BIC	<input type="text"/>

Périodicité

Paiement annuel	<input type="checkbox"/>
Paiement semestriel	<input type="checkbox"/>
Paiement trimestriel	<input type="checkbox"/>
Paiement mensuel	<input type="checkbox"/>

En signant ce formulaire, vous autorisez Hiscox SA à envoyer des instructions à votre banque pour prélever le montant dû des primes, taxes et frais éventuels de votre compte.

Vous bénéficiez d'un droit de remboursement par votre banque. Renseignez-vous sur les conditions auprès de votre banque. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les **8 semaines** suivant la date de débit de votre compte. Pour les prélèvements non autorisés, vous disposez de **13 mois** pour demander un remboursement.

RGPD & Protection des données

Vos données personnelles seront traitées conformément au RGPD et utilisées uniquement pour l'exécution de ce mandat et les obligations liées à votre assurance. Consultez notre politique de confidentialité sur [Privacyverklaring | Hiscox Belgium](#).

Identifiant Hiscox: FR57ZZZ453429

Signature

Lieu

Date

Signature: