

**AG Insurance nv**  
 E. Jacquainlaan 53  
 1000 BRUSSEL  
 België  
 Schuldeiseridentificatie : BE81ZZZ0404494849

<b>MANDAAT SEPA EUROPESE DOMICILIËRING - CORE</b>
Mandaatreferte <b>XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX</b>

- Ik, ondergetekende,  verzekeringnemer  niet-verzekeringnemer, verklaar
- rekeninghouder of volmachthouder te zijn van onderstaande rekening
  - in te stemmen dat AG Insurance opdrachten stuurt naar mijn bank om een bedrag van mijn rekening te debiteren
  - in te stemmen dat mijn bank mijn rekening debiteert in overeenstemming met de opdracht van AG Insurance
  - in te stemmen met het voorstel van AG Insurance een kennisgevingstermijn in acht te nemen van minimum vijf dagen voorafgaand aan de uitvoering van iedere gedomicilieerde betaling. De kennisgeving zal gericht worden aan de verzekeringnemer. Voor maandelijkse betalingen gebeurt de kennisgeving eenmaal per jaar en minimum vijf dagen vóór de jaarvervaldag van het contract
  - akkoord te gaan met de registratie en verwerking van mijn persoonsgegevens door AG Insurance nv, met maatschappelijke zetel te E. Jacquainlaan 53 te 1000 Brussel, zijnde de verantwoordelijke voor de verwerking. Deze persoonsgegevens worden uitsluitend verwerkt voor de uitvoering van betalingsdiensten met betrekking tot het contract waarvoor het mandaat gegeven is, met inbegrip van het voorkomen van misbruik en fraude. Voor het recht van toegang en het recht van verbetering van onjuiste gegevens dient een verzoek gericht te worden aan bovenvermeld adres.

Ik kan een Europese domiciliëring laten terugbetalen door mijn bank volgens de voorwaarden die in mijn overeenkomst met de bank zijn vastgelegd. Een verzoek tot terugbetaling moet gebeuren binnen de 8 weken na de datum waarop het bedrag gedebiteerd werd.

Mijn gegevens

Naam (*)	<input type="text"/>		
Voornaam (*)	<input type="text"/>		
Straat (*)	<input type="text"/>		
Nummer (*)	Busnr	Postcode (*)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Gemeente (*)	<input type="text"/>		
Land	<input type="text"/>		
E-mailadres	<input type="text"/>		
GSM	<input type="text"/>		
Rekeningnummer IBAN (*)	<input type="text"/>		
SWIFT BIC (*)	<input type="text"/>		
Hoedanigheid (*)	Rekeninghouder <input type="checkbox"/>	Volmachthouder <input type="checkbox"/>	
Type-betaling (*)	Terugkerend <input type="checkbox"/>	Eenmalig <input type="checkbox"/>	
Referentie betaling (*) (contractnummer, ...)	<input type="text"/>		
Opgemaakt te .....			
Datum (*)	Handtekening (*) (**)	Handtekening verzekeringnemer (*) (***)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

(\*) Verplicht in te vullen.

(\*\*) Voor een rechtspersoon, handtekening van de vertegenwoordiger(s) die gemachtigd is/zijn de vennootschap te verbinden, met toevoeging van zijn/hun naam en hoedanigheid.

(\*\*\*) Alleen vereist indien verschillend van rekeninghouder of volmachthouder.

**Gelieve dit document ingevuld en ondertekend terug te bezorgen aan  
 AG Insurance nv - Expenses & Receipts - E. Jacquainlaan 53, 1000 Brussel.**