

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) Cigna à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de Cigna. **Veillez informer votre banque que vous avez donné l'autorisation à Cigna de débiter votre compte.**

Vous bénéficiez d'un droit à 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.

Créancier

Nom Cigna International Health Services BV
Adresse Plantin en Moretuslei 299
2140 Antwerpen
Identifiant du créancier BE74ZZZ0414783183

Référence unique du mandate (à compléter par le créancier)

Débiteur

Nom - Prénom

Numéro de référence personnel ou nom de produit

Date de naissance

Adresse

Code postal

Ville

Pays

Swift/BIC

Les coordonnées de votre compte - IBAN

Ce numéro de compte bancaire peut être utilisé pour le remboursement de mes dépenses médicales

Je souhaite que le remboursement de mes dépenses médicales soit effectué sur un compte bancaire différent:

Nom - Prénom

Nom de la banque

Adresse de la banque

SWIFT/BIC

Numéro de compte - IBAN

J'accepte les Modalités et conditions. J'atteste que les renseignements fournis ci-dessus sont, à ma connaissance, vrais et exacts. La présentation d'une fausse demande de remboursement tout comme la communication intentionnelle de renseignements mensongers ou la rétention de renseignements relatifs à une demande de remboursement sont punies par la loi. Je confirme avoir lu et compris l'intégralité de l'Avis relatif à la protection des données de Cigna (<https://www.cignahealthbenefits.com/fr/privacy>). Si je fournis à Cigna des informations à caractère personnel se rapportant à d'autres personnes, je m'engage à informer ces dernières des dispositions de l'Avis relatif à la protection des données de Cigna.

Date (j-m-a)

Lieu

Signature