



CONFIRMATION DE RÉCEPTION ET D' APPROBATION D' UNE PROPOSITION D' ASSURANCES

COORDONNÉES DES PARTIES :

ASSURÉ	
Nom _____	Prénom _____
Rue, n° _____	
CP _____	Localité _____
Adresse Email _____	

PROPOSANT (INTERMÉDIAIRE D' ASSURANCE)	
Nom : _____	N° FSMA : _____
Adresse : _____	

APPROBATION DE LA PROPOSITION PAR L' ASSURÉ :

Date d'émission et de transmission de la proposition _____

N° de la proposition _____ Prime mensuelle _____ Nbre de pages _____

Par la présente, l'assuré déclare avoir demandé et reçu une proposition d'assurances du proposant. Cette proposition a été établie conformément à sa demande et à ses souhaits, diverses formules d'assurances lui ayant été proposées tenant compte de ses besoins.

L'assuré a pris connaissance de l'ensemble des éléments de la proposition d'assurances pré qualifiée incluant aussi les conditions générales de prestation de services d'intermédiaire en assurances. Le proposant communiquant autant que possible par voie électronique avec l'assuré et de commun accord, la proposition pré qualifiée a été transmise par le proposant à l'assuré sur son adresse email précitée dans le présent document et préalablement à la signature de la présente attestation. L'assuré en confirme la réception, la lecture par ses soins et marque accord sur les termes de la proposition ainsi établie et transmise, la signature de la présente attestation valant signature de la proposition d'assurances pré qualifiée et de ses annexes.

La proposition transmise est par ailleurs sauvegardée par Five Insurance Company dans son extranet afin que l'assuré et le proposant puissent en disposer à tout moment soit sur demande d'une des parties transmise à Five Insurance Company S.A., soit par l'accès informatique qui peut être mis à leur disposition par Five Insurance Company S.A.

L'assuré est informé qu'il dispose, ainsi que Five Insurance Company, d'un droit de rétractation durant 14 jours tel que mentionné dans les conditions administratives du pack famille Cover4You disponibles sur le site www.five-insurance.be. Il n'en demande pas plus ample explication dans la présente attestation, ayant pris connaissance de ces dispositions préalablement à la signature de la présente attestation.

Date de signature

Signature du proposant

Signature de l'assuré

FIVE
INSURANCE COMPANY S.A.

486, Chaussée de Marche
B-5101 Erpent

T +32 81 84 15 20

F +32 81 84 15 29

E info@five-insurance.be

N° entreprise : 0867.376.770 - Intermédiaire d'assurance agréé par la FSMA sous le n° 62.957A | www.fsma.be |

FIVE-INSURANCE.BE

Déclarations relatives au mandat de domiciliation européenne SEPA

Vous êtes déjà client FIVE INSURANCE COMPANY ? Veuillez mentionner votre n° de pack

En cas de souscription d'une combinaison de plusieurs contrats d'assurance, veuillez nous adresser un mandat SEPA dûment complété et signé pour chaque contrat.

Contrat d'assurance choisi : Cover4You



Périodicité choisie : Mensuelle



Veuillez conserver une copie du mandat ou des mandats SEPA dûment complété(s) et signé(s) par vos soins et transmettre l'original à Five Insurance Company. La référence du mandat SEPA vous sera communiquée par courrier (pour les nouveaux contrats).

Je soussigné(e) (nom et prénom) ou dénomination

_____ donne autorisation à Five Insurance Company S.A. (n° d'identification **BE51 ZZZ 0867 376 770**), sauf révocation formelle, d'encaisser la prime du contrat et/ou de récupérer en cas de sinistre : la franchise, les frais non couverts relatifs au cas d'assurance, les frais refusés par l'assureur, en débitant mon compte ci-dessous endéans les 14 jours ouvrables de la notification.

Signature du titulaire du compte

Déclarations relatives au mandat de domiciliation européenne SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez Five Insurance Company S.A. | Chaussée de Marche 486 | 5101 Erpent | Belgique | N° d'identifiant **BE51 ZZZ 0867 376 770**, d'une part à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et d'autre part vous autorisez votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de Five Insurance Company S.A. Vous bénéficiez d'un droit à un 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. Vos droits concernant ce mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque. **Tous les champs sont à remplir.**

Identification du mandat (A compléter par Five Insurance Company S.A.)

Référence du mandat : (Maximum 35 caractères)

Objet : _____

Type d'encaissement :

récurrent

unique

(peut être utilisé plusieurs fois)

(ne sera utilisé que pour 1 seul encaissement)

Identification du débiteur (A compléter par le titulaire du compte)

Nom et prénom :

(Maximum 70 caractères)

Adresse :

(Maximum 70 caractères)

Code Postal _____ Ville _____

Pays _____

(Vous trouvez votre numéro de compte IBAN et code BIC comme info sur vos extraits de compte)

Votre numéro de compte (IBAN) : _____

Code BIC de votre banque : _____

(BIC, maximum 11 caractères, pas obligatoire en Belgique)

Date ____ / ____ / ____ Lieu _____

Nom _____

Signature du titulaire du compte _____

