

Aviva Protection Accident

La Garantie des Accidents de la Vie (GAV) est un contrat d'assurance qui couvre les dommages corporels accidentels de la vie privée.

Qu'entend-on par « accident de la vie privée » ?

- Ce sont la plupart des accidents de la vie courante, qu'ils soient domestiques ou survenus à l'occasion d'activités scolaires, de loisirs ou touristiques.
- Les accidents de sports dangereux (sport aériens, sports de glisse) sont couverts.
- Les accidents médicaux.
- Les accidents résultant d'un événement naturels

Pourquoi choisir Aviva Protection Accident ?

- Pas de questionnaire médical.
- Une mise en œuvre du contrat **dès 5% d'incapacité permanente** (comme par exemple un doigt coupé ou un genoux nécessitant une prothèse).
- Jusqu'à 1500 euros de dépassement d'honoraire.

PRIERE DE SIGNER CE DOCUMENT ET DE NOUS REMETTRE LES DEUX PARTIES ACCOMPAGNEES
OBLIGATOIREMENT D'UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE

DEMANDE DE PRELEVEMENT

Je soussigné, _____, autorise la Société AVIVA Assurances à faire prélever en sa faveur, par l'établissement teneur du compte ci-dessous désigné, les cotisations dont je serai redevable (et qui m'auront été préalablement notifiées) au titre de mes contrats.

J'ai pris note des points suivants :

- * En cas de changement de compte bancaire, je dois aviser mon Agent Général AVIVA Assurances au moins 15 jours avant la date du prochain prélèvement.
 - * Pour éviter un incident de paiement, je dois veiller à ce que mon compte soit suffisamment provisionné aux dates d'échéances de prélèvement prévues par l'échéancier. Tout incident de paiement sera facturé au tarif en vigueur au moment du rejet (2.74 € au 1^{er} rejet, 5.48 € lors du 2^{ème} rejet et 8.00 € pour le 3^{ème} rejet).
 - * La présente autorisation est valable jusqu'à résiliation du (ou des) contrats ou jusqu'à ce que j'en demande l'annulation à effet de l'échéance principale, par lettre adressée à mon Agent Général AVIVA Assurances au plus tard 1 mois avant cette échéance.
- En cas d'interruption des prélèvements en cours d'année, le solde des cotisations restant dû à cette date est immédiatement exigible et recouvré si nécessaire par toutes voies de droit.

Nom, prénom et adresse du débiteur

Je souhaite être prélevé le : 10 ☐ 15 ☐ 25 ☐ 30 ☐

Date :

Signature :

Code RRI :

N° de client :

Nom du client :

Titulaire du compte : Client, Conjoint, Société, Famille, Tuteur ou Autres (rayer les mentions inutiles)

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Désignation du créancier :

AVIVA Assurances
13 Rue du Moulin Bailly
92273 Bois Colombes
Identifiant Créancier SEPA :
FR63ZZZ205389

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le créancier ci-contre à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du créancier. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

* L'exercice de ce droit à remboursement est sans effet sur les droits et obligations réciproques du débiteur et du créancier.

Référence Unique de Mandat SEPA (RUM) - communiquée ultérieurement -

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Identité du payeur, titulaire du compte

M. ☐ Mme ☐ Autre ☐

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Pays :

Désignation du compte à débiter :

BIC :

Type de paiement : récurrent

IBAN :

Date le

à

Signature du titulaire du compte :

X

N'oubliez pas de signer le Mandat SEPA et de joindre un relevé d'identité bancaire

Téléphone Portable :

Email :