De VoorZorg

De VoorZorg provincie Antwerpen
BE71 304 0411740056
Sint-Bernardsesteenweg 200, 2020 Antwerpen
België

Mandaat SEPA Europese domiciliëring - De VoorZorg provincie Antwerpen

A. Mandaat identificatie (In te vullen door de schuldeiser - ziekenfonds De VoorZorg provincie Antwerpen)

Mandaat referte: (maximum 35 karakters)	
Beschrijving van onderliggend contract:	aansluiting ziekenfonds.
Type betaling:	Terugkerend.

B. Identificatie van de schuldenaar (In te vullen door de schuldenaar of kleef hieronder uw roze klever)

Naam en voornaam:
Straat en huisnummer:
Postcode en gemeente:
Land:

E-mail: Telefoonnummer:

C. Identificatie van de rekeninghouder (In te vullen door de rekeninghouder)

Uw bank BIC code: (enkel invullen indien het een buitenlandse rekening betreft)

Uw identificatiegegevens (enkel in te vullen indien verschillend van schuldenaar - Vak B)

Naam en voornaam rekeninghouder: ……

Adres en telefoonnummer rekeninghouder: ……..

……..

D. Keuze domiciliëringen (in te vullen door de schuldenaar)

Verschuldigde bedragen waarvoor u wenst te domiciliëren:	
☐ ziekenfondsbijdrage per kwartaal	☐ KliniPlan(Plus) per kwartaal
☐ jongerensparen per kwartaal	☐ KliniPlan(Plus) jaarlijks
☐ wettelijke bijdrage per kwartaal	☐ Tandverzekering per kwartaal
	☐ Tandverzekering jaarlijks
	☐ AHV jaarlijks

U kunt steeds de uitvoeringsmomenten en bedragen op de website www.devoorzorg.be raadplegen.

Door ondertekening van dit mandaatformulier geeft u toestemming aan (A) de schuldeiser om een opdracht te sturen naar uw bank om een bedrag van uw rekening te debiteren en (C) uw bank om een bedrag van uw rekening te debiteren in overeenstemming met de opdracht van de schuldeiser. U kunt een Europese domiciliëring laten terugbetalen. Vraag uw eigen bank naar de voorwaarden. Een verzoek tot terugbetaling moet binnen 8 weken na de datum van debitering van het bedrag van uw rekening worden ingediend. Bij uw bank kunt u informatie krijgen over uw rechten met betrekking tot dit mandaat.

Datum: ……..

Naam: …….. Handtekening rekeninghouder of gevolmachtigde

Plaats: …….

Dit formulier moet worden terugbezorgd aan De VoorZorg provincie Antwerpen, dienst Telemut, Désiré Boucherystraat 17, 2800 Mechelen.