

AUTORISATION DE DEBIT DE CARTE BANCAIRE CREDIT CARD DEBIT AUTHORIZATION FORM

J'autorise **MOBILITY BENEFITS / ASFE** à débiter ma carte bancaire pour le montant de mes cotisations.
(Cette autorisation doit être renouvelée à chaque prélèvement).

Merci de joindre une autorisation par contrat, et veuillez contacter votre centre Visa ou Mastercard afin de donner votre accord au préalable.

I hereby authorize **MOBILITY BENEFITS / ASFE** to debit my credit card for the amount of my insurance premium.
(This authorization must be renewed for each debit).

Please attach an authorization with each contract and contact Visa or MasterCard Management Center beforehand to give your approval.

→ Titulaire de la carte bancaire / Cardholder's details

Nom / Last Name

Prénom / First Name

Numéro d'adhérent / Member Number
(si vous l'êtes déjà / if already enrolled)

Montant à payer / Amount Due

 , EUROS

DATE :

SIGNATURE :

* Si le titulaire de la carte bancaire est différent du demandeur, joindre obligatoirement une copie d'un document d'identité.
* If the cardholder is not the visa applicant, please supply copy of passport of the cardholder

*Partie détruite par le service Cotisations après utilisation
Will be destroyed by the Premiums department after transaction*

→ Caractéristiques de la carte bancaire / Debit credit card details

Type de carte de crédit / Type of credit card

Visa Mastercard Amex

Numéro de la carte / Card Number

Date d'expiration / Expiration Date

Mois / Month Année / Year

Cryptogramme / Card Validation Code
(Visa & Mastercard)

*Les 3 derniers chiffres au dos de votre carte
Last 3 digits on the back of your card*

**FAX TO ASFE / MOBILITY BENEFITS : 00 33 1 44 71 48 79
OR ATTACH IT TO YOUR APPLICATION FORM**