

Service de blocage

N° de police _____

Veuillez remplir un formulaire distinct pour chaque personne. Complétez le formulaire en caractères d'imprimerie et au stylo noir.

Preneur d'assurance _____ allemand français italien

Adresse _____

Détenteur des cartes _____ Monsieur Madame

N° de téléphone (journée) _____ Date de naissance _____

Carte Maestro, cartes bancaires et Postcard

	N° de compte	N° de carte	Nom de la banque, localité
Maestro / EC	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____
Cartes bancaires	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____
Banque WIR	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____
Postcard	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____
Postcard-Deposito	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____

Cartes de crédit

N° de carte	Institut de crédit (p. ex. MasterCard)	Société émettrice
<input type="text"/>	_____	_____
<input type="text"/>	_____	_____
<input type="text"/>	_____	_____

Cartes de client, de carburant et d'abonnements personnels (Globus, Manor, Pfister, Avia, Shell, Socar, CFF, etc.)

N° de carte	Société émettrice
<input type="text"/>	_____
<input type="text"/>	_____
<input type="text"/>	_____
<input type="text"/>	_____
<input type="text"/>	_____

Pièces d'identité

	Émis à (lieu et pays)	Date d'émission
		jour mois année
N° de carte d'identité <input type="text"/>	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
N° de passeport <input type="text"/>	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Téléphones mobiles

N° de mobile	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sunrise	Code Pin <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Swisscom	<input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Salt	Mot de passe ou n° d'identification <input type="text"/>		
N° de mobile	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sunrise	Code Pin <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Swisscom	<input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Salt	Mot de passe ou n° d'identification <input type="text"/>		

Procuration

J'autorise Allianz Suisse Assurances à procéder, sur ma demande, au blocage des cartes, abonnements, téléphones mobiles et pièces d'identité susmentionnés. Le service de blocage est fourni par AWP P&C S.A., Saint-Ouen (Paris), succursale de Wallisellen (Suisse), une filiale du groupe Allianz.

Lieu et date _____

Signature _____

Prière de renvoyer ce formulaire dûment complété à l'adresse suivante:
AWP P&C S.A. (Suisse), Hertistrasse 2, case postal 8304 Wallisellen