d'Assurance / **nei erfannen**

SEPA-Lastschriftmandat

Bankeinzug

Mit der Unterzeichnung des vorliegenden Mandats bevollmächtigen Sie AXA Assurances Luxembourg SA Zahlungen von Ihrem Konto mittels Lastschrift einzuziehen und Sie bevollmächtigen Ihre Bank, die von AXA Assurances Luxembourg SA gezogenen Lastschriften einzulösen.

Sie können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit Ihrer Bank vereinbarten Bedingungen.

Ihr Name : .....
Name / Vorname des (der) Schuldners

Ihre Email : .....@.....

Ihre Anschrift : .....
Nummer und Strasse

|_|_|_|_|_| .....
Postleitzahl Stadt

.....
Land

Kontoangaben : |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_|
Kontoangaben

Bitte legen Sie einen Bankkontoidentitätsnachweis (RIB) vor

|_|_|_|_|_|_| |_|_|_|
Internationales Bankkennzeichen – BIC (Bank Identifier Code)

Name des Zahlungsempfängers : **AXA Assurances Luxembourg SA**
1, place de l'Etoile L-1479 LUXEMBOURG

Identifikation : **LU13ZZZ000000000006399002021**

Zahlungsart : Wiederkehrende Zahlung

Unterzeichnet : ..../...../.....
Ort Datum

Unterschrift(en) Bitte unterzeichnen Sie hier

NB: Ihre Rechte bezüglich des vorliegenden Mandats werden in einem Dokument erklärt, das Sie bei Ihrer Bank erhalten.

Durch den Versicherer oder AXA-Berater auszufüllen

Name des Beraters : .....
Vertragsnummer : .....
Name der Leistung : .....
Name des Versicherungsnehmers (falls nicht der Zahlungsleistende) : .....
Zusatzinformation : .....

Mandat de prélèvement DE W.08.2013