



SEPA - Lastschriftmandat

Mit der Unterzeichnung dieses Formulars erlauben Sie AXA Assurance Luxembourg SA, Ihrer Bank Anweisungen zu übermitteln, um Ihr Konto zu belasten.

Sie haben Anspruch auf Erstattung durch Ihre Bank gemäß den Bedingungen des Vertrags, den Sie mit Ihrer Bank geschlossen haben. Eventuelle Erstattungsanträge sind innerhalb von 8 Wochen nach der Belastung Ihres Kontos vorzulegen.

Ihr Name
Name/Vorname des (der) Schuldners

Ihre Email

Ihre Anschrift
Nummer und Strasse

Postleitzahl Stadt

Land

Internationale Bankkonto-Nummer – IBAN
Bitte legen Sie einen Bankkontoidentitätsnachweis (RIB) vor

Kontoangaben
BIC

Name des Zahlungsempfängers
AXA Assurances Luxembourg, S.A.

1, Place de l'Etoile L-1479 Luxembourg
BIC

Identifikation
LU13ZZZ000000006399002021

Zahlungsart
Rekursive Zahlungen

Ausgestellt in
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 :	_____