



SEPA - Lastschriftmandat

Mit der Unterzeichnung dieses Formulars erlauben Sie AXA Assurance Vie 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	<input type="text"/>	
	Name/Vorname des (der) Schuldners	
Ihre Email	<input type="text"/>	
Ihre Anschrift	<input type="text"/>	
	Nummer und Strasse	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Postleitzahl	Stadt
	<input type="text"/>	
	Land	
	<input type="text"/>	
	Internationale Bankkonto-Nummer - IBAN	
	Bitte legen Sie einen Bankkontoidentitätsnachweis (RIB) vor	
Kontoangaben	<input type="text"/>	
	BIC	
Name des Zahlungsempfängers	<input type="text"/>	
	AXA Assurances Vie Luxembourg, S.A.	
	<input type="text"/>	
	1, Place de l'Etoile L-1479 Luxembourg	
	BIC	
Identifikation	<input type="text"/>	
	LU30ZZZ000000006399002006	
Zahlungsart	<input type="text"/>	
	Rekursive Zahlungen	
Ausgestellt in	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Ort	Datum
Unterschrift(en)	<input type="text"/>	

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 :	_____