



# Mandat de prélèvement SEPA

En signant ce formulaire, vous autorisez AXA Assurances Vie Luxembourg SA à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte.

Vous bénéficiez d'un droit à remboursement par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande éventuelle de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines su ivant la date de débit de votre compte.

Nom   
Nom / Prénom du (des) débiteur(s)

E-mail

Adresse   
Numéro et nom de rue  
   
Code Postal Ville  
  
Pays

Les coordonnées de votre compte   
Les coordonnées de votre compte (IBAN) **Merci de fournir un Relevé d'Identité Bancaire**  
  
Code international d'identification de votre banque – BIC (Bank Identifier Code)

Nom du créancier   
AXA Assurances Vie Luxembourg, S.A.  
  
1, Place de l'Etoile L-1479 Luxembourg

Identification   
LU30ZZZ000000006399002006

Type de paiement   
Paiement récurrent

Signé à  le   
Lieu Date

Signature(s)   
Signature conforme à celle de la carte d'identité

Note:  
Vos droits concernant le mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

<b>A remplir par la Compagnie ou votre intermédiaire AXA</b>	
Nom de l'intermédiaire :	_____
N° de contrat :	_____
Nom de la solution :	_____
Nom du preneur (si différent du Payeur) :	_____
Complément d'information :	_____