



Mandat de prélèvement SEPA

En signant ce formulaire, vous autorisez AXA Assurances 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 suivant 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 Luxembourg, S.A.

1, Place de l'Etoile L-1479 Luxembourg

Identification
LU13ZZZ000000006399002021

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.

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