



## MANDAT DE DOMICILIATION SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) Cardif Lux Vie Société Anonyme à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de Cardif Lux Vie Société Anonyme.

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 de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte.

Contrat concerné : ..... (Numéro de contrat)  
Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
Code Postal : ..... Localité : .....  
Pays : .....

### **Les coordonnées de votre compte**

IBAN - Numéro d'identification internationale du compte bancaire : .....  
Swift BIC - Code international d'identification de votre banque : .....  
Type de paiement :  Paiement récurrent/répétitif  Paiement ponctuel

### **À compléter par le Créancier avant de soumettre le formulaire au Débiteur**

Nom du créancier : Cardif Lux Vie  
Identification SEPA du créancier: LU14ZZZ000000006399002003

### **Adresse du créancier :**

Adresse : 23-25, Avenue de la Porte Neuve Code Postal : L -2227  
Localité : LUXEMBOURG Pays : LUXEMBOURG

Le règlement SEPA impose au créancier de pré-notifier le débiteur dans un délai de 14 jours minimum avant que la transaction ne soit opérée. En signant le présent mandat vous acceptez de réduire ce délai contractuel à 6 Jours.

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

A RETOURNER A :	ZONE RÉSERVÉE A L'USAGE EXCLUSIF DU CRÉANCIER
<p><b>Cardif Lux Vie</b> Société Anonyme 23 - 25 Avenue de La Porte- Neuve LU-2227 Luxembourg</p>	

## SIGNATURE(S)

Fait à : .....

Le : ..... / ..... / .....

Preneur d'assurance/assuré