



## SEPA-LASTSCHRIFT-MANDAT

Ich ermächtige/ Wir ermächtigen (A) Cardif Lux Vie Société Anonyme, Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein/ weisen wir unser Kreditinstitut an, die von Cardif Lux Vie Société Anonyme auf mein/ unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/ Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/ unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Betroffener Vertrag: ..... (Vertragsnummer)  
Name: ..... Vorname: .....  
Adresse: .....  
Postleitzahl: ..... Ort: .....  
Land: .....

### Angaben zu Ihrem Konto

IBAN – Internationale Bankkontonummer : .....

Swift BIC – Internationaler Identifikationscode Ihrer Bank: .....

Zahlungsart:  Wiederkehrende Zahlung  Einmalige Zahlung

### **Vom Zahlungsempfänger auszufüllen bevor das Formular dem Zahlungspflichtigen vorgelegt wird**

Name des Zahlungsempfängers: Cardif Lux Vie

Identification SEPA du créancier: LU14ZZZ000000006399002003

### **Adresse des Zahlungsempfängers :**

Adresse : 23-25, Avenue de la Porte Neuve

Postleitzahl: L -2227

Ort: LUXEMBURG

Land: LUXEMBURG

Laut der SEPA Verordnung muss der Zahlungsempfänger den Zahlungspflichtigen innerhalb einer Frist von 14 Tagen, vor Bearbeitung der Transaktion, über diese informieren. Mit der Unterzeichnung dieses Mandates, stimmen Sie der Verkürzung dieses Zeitraums auf sechs Tage zu.

**Hinweis: Meine/ Unsere Rechte zu dem obigen Mandat sind in einem Merkblatt enthalten, das ich/ wir von meinem/ unserem Kreditinstitut erhalten kann/ können.**

BITTE ZURÜCK SENDEN AN	FÜR INTERNE VERMERKE DES ZAHLUNGSEMPFÄNGERS
<p><b>Cardif Lux Vie</b> Société Anonyme 23 - 25 Avenue de La Porte- Neuve LU-2227 Luxembourg</p>	

## UNTERSCHRIFT

Ort:.....

Datum: ..... / ..... / .....

Versicherungsnehmer/  
Mitglied/Versicherter