

SEPA-Lastschriftmandat

Ich (Wir) ermächtige(n) die AXA Konzern AG, Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich (wir) mein (unser) Kreditinstitut an, die von AXA Konzern AG auf mein (unser) Konto gezogene(n) Lastschrift(en) einzulösen.

Ich kann (Wir können) innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ich bin (Wir sind) damit einverstanden, dass die Frist für die Ankündigung des Lastschrifteinzugs von 14 Kalendertagen auf 5 Kalendertage vor Fälligkeit der Lastschriftzahlung verkürzt wird. Bei wiederkehrenden Lastschriften mit gleichen Lastschriftbeiträgen genügt eine einmalige Ankündigung vor dem ersten Lastschrifteinzug und die Angabe der Fälligkeitstermine.

Zahlungsempfänger

Gläubiger AXA Konzern AG, Colonia-Allee 10-20, 51067 Köln
Gläubiger-Identifikationsnummer DE23ZZZ00000066097
Mandatsreferenz wird gesondert mitgeteilt

Zahlungspflichtiger

Titel _____
Anrede _____
Vorname Kontoinhaber _____
Nachname Kontoinhaber _____
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ) ____ . ____ . ____
Straße, Hausnummer _____
PLZ, Ort _____
Land _____
Kreditinstitut _____
IBAN _____
BIC _____
bzw.
Kontonummer _____
BLZ _____

Die AXA Konzern AG wird von mir (uns) ermächtigt, dieses SEPA-Lastschriftmandat ggf. um die notwendigen Angaben zu IBAN und/oder BIC zu ergänzen

Ort, Datum _____
Unterschrift(en) _____

Weitere Angaben zum Lastschrifteinzug

Ich wünsche die erstmalige Abbuchung ab _____ / sofort
Es sollen folgende Verträge für den Lastschrifteinzug berücksichtigt werden
Bitte Versicherungsscheinnummer(n) angeben



Antwort

AXA Konzern AG
SEPA-Lastschriftmandat
Postfach 92 01 13
51151 Köln

