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

_____

_____

_____

21010256 (5.13)

Antwort

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

21010256 (5.13)