Mandat de prélèvements SEPA pour contrat EUROLUX EPARGNE – VALOPTIS – PRIMADUO – ARCA VIE ENTIERE – ATLANTISSIMO PERP et ATLANTISSIMO MADELIN

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez ATLANTICLUX S.A. à envoyer instruction à votre banque pour débiter votre compte conformément aux instructions d'ATLANTICLUX S.A. Vous bénéficierez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions de la convention passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les huit (8) semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

I.C.S.
LU08ZZZ0000000000000000090

REFERENCE DU CONTRAT
_____

TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : F-_____ Ville : _____

CREANCIER

ATLANTICLUX S.A.
4a, rue Albert Borschette
L-1246 LUXEMBOURG

TYPE DE PAIEMENT

Versement périodique
Paiement récurrent
Oui ☑ Non ☐

Versement non-périodique
Paiement ponctuel
Oui ☐ Non ☑

le __ __ ____

COMPTE A DEBITER

IBAN

BIC

Fait à _____

Date : _____

Signature

JOIGNEZ VOTRE RELEVE D'IDENTITE BANCAIRE

Note : vos droits concernant le prélèvement sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque