Foyer Assurances S.A.
12, rue Léon Laval
L-3372 Leudelange
R.C.S Luxembourg B 34237
TVA : LU 146 737 65
Tél. : (+352) 437 43 44
Email : serviceclient@foyer.lu
www.foyer.lu

Foyer

Domiciliation Européenne / S€PA Direct Debit

MANDAT DE DOMICILIATION CORE

A retourner à l'adresse ci-contre ☞

FOYER ASSURANCES SA
COMPTABILITE CLIENTS
12, RUE LEON LAVAL
L-3372 LEUDELANGE

Référence unique du mandat (reservée à la compagnie)

L	N	V	-							-																								

Identification du créancier (A)

Identifiant unique	L	U	8	3	Z	Z	Z	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	3	9	9	0	0	2	0	2	2

Nom du créancier	FOYER ASSURANCES
Adresse	12, RUE LEON LAVAL L-3372 LEUDELANGE

Type de paiement	☑ Récurrent	☐ Ponctuel / One-off

Identification du débiteur (B)

Nom du preneur d'assurance	
Adresse	

Compte IBAN																																		
Code BIC																							.											

Coordonnées du titulaire du compte - A compléter uniquement si différent du preneur d'assurance.

Nom du titulaire du compte	
Adresse	

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) FOYER ASSURANCES à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de FOYER ASSURANCES.

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.

Date ……/……/…… à ……

Signature(s) du / des titulaire(s) du compte

Foyer Assurances S.A.
12, rue Léon Laval
L-3372 Leudelange
R.C.S Luxembourg B 34237
TVA: LU 146 737 65
Tel.: (+352) 437 43 44
E-Mail: serviceclient@foyer.lu
www.foyer.lu

Foyer

Europäische Einzugsermächtigung / S€PA Direct Debit

CORE-LASTSCHRIFT-MANDAT

An die gegenüberstehende Adresse zurückzuschicken ☞

FOYER ASSURANCES SA
COMPTABILITE CLIENTS
12, RUE LEON LAVAL
L-3372 LEUDELANGE

Mandatsreferenz (Für Interne Vermerke der Gesellschaft)

L	N	V	-							-																								

Identifizierung des Zahlungsempfängers (A)

Identifikationsnummer	L	U	8	3	Z	Z	Z	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	3	9	9	0	0	2	0	2	2

Name des Zahlungsempfängers	FOYER ASSURANCES
Anschrift	12, RUE LEON LAVAL L-3372 LEUDELANGE

Zahlungsart	☑ Wiederkehrende Zahlung	☐ Einmalige Zahlung

Identifizierung des Zahlungspflichtigen (B)

Name des Versicherungsnehmers	
Anschrift	

IBAN Kontonummer	
BIC des Instituts	

Persönliche Daten des Kontoinhabers - Nur ausfüllen, falls der Kontoinhaber nicht der Versicherungsnehmer ist.

Name des Kontoinhabers	
Anschrift	

Ich ermächtige / wir ermächtigen (A) FOYER ASSURANCES, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die von (A) FOYER ASSURANCES 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.

Datum ...../...../..... Ort .....

Unterschrift des / der Kontoinhaber(s)