

**SEPA-Lastschriftmandat | SEPA Direct Debit Mandate | Mandat de prélèvement SEPA**

Vom Zahlungsempfänger auszufüllen | To be completed by the Creditor | A compléter par le créancier

**Mandatsreferenz | Mandate Identification | Identification du mandat**

Mit Bezug auf den Vertrag:

In respect of the contract:

Objet du mandat :

Zahlungsart:

Type of payment:

Type d'encaissement



wiederkehrende | recurrent | récurrent (mehrmalige Nutzung | can be used more than once | peut être utilisé plusieurs fois)

Oder | or | ou



einmalige | one-off | unique (einmalige Nutzung | can only be used once | ne sera utilisé que pour 1 seul encaissement)

Vom Zahlungspflichtigen auszufüllen | To be completed by the Debtor | A compléter par le débiteur

**Identifikation des Zahlungspflichtigen | Debtor Identification | Identification du débiteur**

Name | Nom

(max. 70 Zeichen | characters | caractères)

Adresse | Address

(max. 70 Zeichen | characters | caractères)

PLZ | Postcode | Code postal

Ort | City | Ville

Land | Country | Pays

IBAN

BIC

(max. 11 Zeichen | characters | caractères)

BIC: keine Pflicht in Belgien | not mandatory in Belgium | pas obligatoire en Belgique

Ich ermächtige/wir ermächtigen die DKV Luxembourg S.A., Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der DKV Luxembourg 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. Meine/Unsere Rechte zu diesem Mandat sind in einem Merkblatt enthalten, das ich/wir bei meinem/unserem Kreditinstitut anfordern kann/können.

By signing this mandate form, you authorise the DKV Luxembourg S.A. to send instructions to your bank to debit your account and your bank to debit your account in accordance with the instructions from the DKV Luxembourg S.A.

Note: As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited. Your rights regarding this mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank.

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le créancier à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du créancier.

Remarque : Vous bénéficiez d'un droit à un 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. Vos droits concernant ce mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Datum | Date:

Ort | Place | Lieu:

Name | Nom

**Unterschrift(en)<sup>1</sup> | Signature(s)<sup>1</sup>**<sup>1</sup>Dieses Mandat muss an den Zahlungsempfänger zurückgesandt werden. | The debtor must send this mandate to the creditor. | Le débiteur doit faire parvenir ce mandat au créancier.