

Alte Leipziger
Lebensversicherung a.G.
Betriebliche Altersversorgung

61435 Oberursel (Taunus)

SEPA-Lastschriftmandat

Versicherung Nr. _____

Versicherte Person: _____

Versicherungsnehmer: _____

SEPA-Lastschriftmandat

Wir ermächtigen die Alte Leipziger Lebensversicherung a.G., Alte Leipziger-Platz 1, 61440 Oberursel (Gläubiger-Identifikationsnummer DE84ZZZ00000082459), Zahlungen von unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Alte Leipziger auf das Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Wir können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

IBAN (kein Sparkonto; Hinweis: deutsche IBAN hat 22 Stellen)

BIC des Kreditinstituts	Name und Ort des Kreditinstituts
-------------------------	----------------------------------

Kontoinhaber, wenn nicht Versicherungsnehmer

Titel		Vorname	
Name			
Straße, Nr.			
PLZ		Ort	

Dieses Mandat gilt ab sofort dem _____

Gegebenenfalls bestehende Rückstände bitten wir zusätzlich mit abzubuchen.

x _____
Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber
ggf. Firmenstempel

