

Alte Leipziger
Lebensversicherung a.G.
Betriebliche Altersversorgung

61435 Oberursel (Taunus)

SEPA-Lastschriftmandat

Versicherung Nr. _____

Versicherte Person: _____

Trägerunternehmen: _____

SEPA-Lastschriftmandat

Wir ermächtigen die Alte Leipziger Lebensversicherung a.G., Alte Leipziger-Platz 1, 61440 Oberursel (Gläubiger-Identifikationsnummer DE84ZZZ00000082459), im Auftrag der Alte Leipziger Unterstützungskasse e.V., 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 falls nicht Trägerunternehmen

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

