

ALTE LEIPZIGER
Lebensversicherung a.G.
Betriebliche Altersversorgung

61435 Oberursel (Taunus)

SEPA-Lastschriftmandat (bei fondsgebundenen Rentenversicherungen unbedingt erforderlich)

Versicherung Nr. _____

Versicherte Person: _____

Versicherungsnehmer: _____

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 (deutsche IBAN 22 Stellen oder deutsche Konto-Nr. (kein Sparkonto):

DE																						
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC (8 oder 11 Stellen) oder deutsche BLZ des Kreditinstituts:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Name und Ort des Kreditinstituts: _____

Name, Vorname (Kontoinhaber),
falls nicht Versicherungsnehmer: _____

Straße und Hausnummer: _____

Postleitzahl und Ort: _____

Dieses Mandat gilt ab sofort dem _____

Gegebenenfalls bestehende Rückstände bitten wir zusätzlich mit abzubuchen.

x _____
Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber
ggf. bitte mit Firmenstempel versehen

