

SEPA-Lastschriftmandat

zum Antrag vom:

Antragsteller:

(bitte nur ausgefüllt dem Antrag beifügen, wenn Abbuchung/Lastschrift gewünscht wird)

Ich ermächtige die ALTE LEIPZIGER Versicherung AG (AL), Alte Leipziger Platz 1, D - 61440 Oberursel (Gläubiger-Identifikationsnummer DE14ZZZ00000082458), Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der AL auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

IBAN:

BIC:

Name und Ort der Bank:

Ggf. abweichender Kontoinhaber:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort, Land:

Geburtsdatum:

Ort

Datum

Unterschrift Kontoinhaber