

Direktion
Alte-Leipziger-Platz 1
61440 Oberursel
www.alte-leipziger.de

ALTE LEIPZIGER Versicherung AG
Postfach 16 60
61406 Oberursel

Telefon (06171) 66-02
Telefax (06171) 244 34
sach@alte-leipziger.de

Versicherungs-Nr.: _____

Versicherungsnehmer: _____

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die ALTE LEIPZIGER Versicherung AG, Alte-Leipziger-Platz 1, 61440 Oberursel (Gläubiger-Identifikationsnummer DE84ZZZ00000082458), Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der ALTE LEIPZIGER Versicherung AG auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

IBAN (kein Sparkonto)

BIC des Kreditinstituts

Name und Ort des Kreditinstituts

Vorname, Name, Anschrift Kontoinhaber

Dieses Mandat gilt: ab sofort ab dem _____

Gegebenenfalls bestehende Rückstände bitte ich zusätzlich mit abzubuchen.

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber