Alte Leipziger
ALH Gruppe

ALTE LEIPZIGER Versicherung AG
Postfach 16 60
61406 Oberursel

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

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.

|_D_|_E_|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
IBAN (International Bank Account Number, 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

pss 003.02 - 03.2023