

SEPA-Lastschriftmandat



LBN Versicherungsverein a.G. (VVG)
Döhrbruch 65
30559 Hannover

Versicherungsnehmer

Fax: 0511 36425-900
E-Mail: info@lbn.de

VSNr.

Das Mandat gilt für wiederkehrende Zahlungen

Abweichend hiervon gilt das Mandat nur für eine einmalige Zahlung

LBN Gläubiger-Identifikationsnr.
DE21ZZZ00000086988

Mandatsreferenz

Die Mandatsreferenz teilt mir/uns der LBN Versicherungsverein a.G. (VVG) vor der ersten Abbuchung mit.

Einzugsermächtigung

Ich ermächtige/Wir ermächtigen den LBN Versicherungsverein a.G. (VVG), Beiträge von meinem/unserem Konto per Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/weisen wir mein/unser Kreditinstitut an, die dieses Konto betreffenden Lastschriften dem LBN Versicherungsverein a.G. (VVG) einzulösen.

Hinweis:

Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, bei meinem/unserem Kreditinstitut die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber/in

Herr Frau Divers

Titel, Name, Vorname

Straße, Hausnummer

Land Postleitzahl Ort

Bankverbindung

IBAN

BIC

Name des Kreditinstituts

Ort, Datum und Unterschriften Kontoinhaber/in

Ort

Datum

Unterschrift(en) Kontoinhaber

X

Versicherungsnehmer / Antragsteller (Bitte nur ausfüllen, wenn Versicherungsnehmer / Antragsteller nicht der o. a. Kontoinhaber ist.)

Herr Frau Divers

Titel, Name, Vorname

Straße, Hausnummer

Land Postleitzahl Ort

Geburtsdatum