

Doorlopende machtiging tot automatische afschrijving

Naam Leidsche Verzekering Maatschappij N.V.

Adres Postbus 11

Woonplaats 2800 AA Gouda

Incassant ID NL77 ZZZZ 4242 2270 000

Door ondertekening van dit formulier geeft u toestemming aan Leidsche Verzekering Maatschappij N.V. om doorlopende incasso-opdrachten te sturen naar uw bank om een bedrag van uw rekening af te schrijven overeenkomstig de opdracht van Leidsche Verzekering Maatschappij N.V..

Als u het niet eens bent met deze afschrijving kunt u deze laten terugboeken. Neem hiervoor binnen acht weken na afschrijving contact op met uw bank. Vraag uw bank naar de voorwaarden.

Naam _____

Adres _____

Postcode en woonplaats _____

Land _____

Rekeningnummer (IBAN) _____

Polisnummer(s) _____

Plaats en datum _____

Handtekening _____