

LAZARD & WILLING ASSURANTIËN B.V.

DOORLOPENDE MACTHIGING

Ondergetekende

Naam :
Adres :
Postcode/woonplaats :

Incassant

Naam : Lazard & Willing Assurantiën B.V.
Adres : Postbus 2102
Postcode/woonplaats : 1180 EC AMSTELVEEN

Betalingsgegevens

Betaling inzake automatische incasso verzekeringspremie
[] alle verzekeringen
[] premie t.b.v. verzekering

Bank-/girogegevens

Bankrekeningnummer :

Girorekeningnummer :

Ondergetekende verleent hierbij tot wederopzegging machtiging aan de incassant om de desbetreffende bedragen af te schrijven van de bank-/girorekening van ondergetekende

Datum :
Handtekening :