

Opdracht automatische incasso

SNS Lijfrente Sparen

1 MIJN GEGEVENS

Naam en voorletter(s) _____

Adres _____

Postcode en woonplaats _____

Rekeningnummer _____

SNS Lijfrente Sparen (IBAN) _____

(rekeningnummer waarop gestort gaat worden)

2 MIJN BETAALREKENING

Incassorekening (IBAN)* _____

3 GEGEVENS INCASSO

- Nieuwe opdracht automatische incasso
Let op! Uw getekende opdracht kan alleen verwerkt worden samen met het getekende formulier 'doorlopende machtiging SEPA'.
- Wijzigen bestaande automatische incasso
- Stopzetten bestaande automatische incasso

4 GEGEVENS TRANSACTIE

Bedrag € _____ *(Het jaarlijks te storten bedrag mag niet groter zijn dan de wettelijk toegestane Jaarruimte en/of Reserveringsruimte)*

Frequentie Maandelijks
 Per kwartaal
 Jaarlijks

Gewenste ingangsdatum _____

Gewenste einddatum bij beëindiging _____

Let op! Uw opdracht en de machtiging moeten uiterlijk op de 15de van de maand zijn ontvangen om per de 1ste van de volgende maand te kunnen verwerken.

5 ONDERTEKENING

Plaats _____

Datum _____

Handtekening

Dit formulier ingevuld en ondertekend sturen naar

SNS
Afdeling Banksparen
Postbus 10021
3505 AA Utrecht

Doorlopende machtiging SEPA

1 GEGEVENS SNS BANK, DE INCASSANT

Naam	SNS Bank
Adres	Postbus 10021
Postcode	3505 AA
Plaats	Utrecht
Land	Nederland
Incassant ID	NL65ZZZ160623380000

2 GEGEVENS INCASSO

Kenmerk machtiging	Na ontvangst van deze ondertekende machtiging krijgt u een bericht over het kenmerk van deze machtiging.
Reden betaling	Periodieke inleg Lijfrente Sparen
Naam en voorletter(s)	_____
Adres	_____
Postcode en woonplaats	_____ _____ _____ _____ _____ _____
Rekeningnummer (IBAN)*	_____

3 MACHTIGING

U geeft toestemming aan SNS Bank om doorlopende incasso-opdrachten te sturen naar uw bank om een bedrag van uw rekening af te schrijven. U geeft hiermee ook toestemming aan uw bank om doorlopend een bedrag van uw rekening af te schrijven, volgens de opdracht van SNS Bank.

Als u het niet eens bent met deze afschrijving kunt u het bedrag laten terugboeken. U moet hiervoor binnen acht weken na afschrijving contact opnemen met uw bank. De voorwaarden kunt u bij uw bank opvragen.

4 ONDERTEKENING

Plaats	_____
Datum	_____ _____ _____ _____ _____ _____

Handtekening

DIT FORMULIER INGEVULD EN ONDERTEKEND STUREN NAAR

SNS
Afdeling Banksparen
Postbus 10021
3505 AA Utrecht