

SEPA-Basislastschrift-Mandat Gläubiger-

Identifikationsnr.: DE 93ZZZ00000524520

Mandatsreferenz:

Mitgliedsnummer:

Bis zum jederzeit möglichen Widerruf ist die Silberstedter Sterbekasse ermächtigt, die Abbuchung der fälligen Beiträge laut SEPA Mandatsreferenz von folgendem Konto zu veranlassen:

Name, Vorname Versicherungsnehmer	<input type="text"/>
Adresse Versicherungsnehmer	<input type="text"/>
IBAN	<input type="text"/>
BIC	<input type="text"/>
Name und Ort des Geldinstitutes	<input type="text"/>
Bankleitzahl	<input type="text"/>
Kontonummer	<input type="text"/>

**Kontoinhaber Vor-, Nachname, vollständige Adresse
(nur ausfüllen, falls nicht Versicherungsnehmer)**

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Silberstedter Sterbekasse VVaG auf mein/unser Konto gezogene Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich / wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten hierbei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Das erteilte SEPA Basislastschriftmandat gilt auch für die weiteren Fälligkeitstermine, bei denen wir von einer erneuten Lastschriftbenachrichtigung absehen und den Beitrag vom angegebenen Konto abbuchen. Bitte informieren Sie uns rechtzeitig, wenn sich Ihre Bankverbindung zwischenzeitlich geändert hat. Die Silberstedter Sterbekasse verpflichtet sich, mind. 5 Werktage vor dem Tag der Abbuchung eine schriftliche Information zu versenden.

Ort, Datum

Unterschrift