Sterbekasse Sozialversicherung
- Deutsche Rentenversicherung Rheinland -
Königsallee 71
40215 Düsseldorf

Gläubiger-Identifikationsnummer DE09ZZZ00000025027

Mandatsreferenz WIRD SEPARAT MITGETEILT

SEPA-Lastschriftmandat

Kontoinhaber

_____
Vorname und Name

_____
Straße und Hausnummer

_____
Postleitzahl und Ort

Die Beiträge sollen wie folgt abgebucht werden (Mindestbetrag 5,00 €):

☐ **monatlich** (zum 15. eines jeden Monats) ☐ **jährlich** (zum 15. Februar eines jeden Jahres)

☐ **vierteljährlich** (zum 15. der Monate Januar, April, Juli und Oktober eines jeden Jahres)

☐ **halbjährlich** (zum 15. der Monate März und September eines jeden Jahres)

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die Sterbekasse Sozialversicherung, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Sterbekasse Sozialversicherung auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Frist für die Vorabinformation: Der Zahlungsempfänger informiert den Zahlungspflichtigen spätestens drei Werktage vor dem Abbuchungstermin über den anstehenden ersten Einzug des Beitrags.

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für meine Versicherung und die Versicherung von

_____ _____
Vorname und Name Vorname und Name

_____ _____
Vorname und Name Vorname und Name

_____ _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _
Kreditinstitut (Name) BIC

IBAN: | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ |
Länder-code | Prüf-ziffer | (Deutschland: Bankleitzahl) | (Deutschland: Kontonummer)

_____ _____
Datum, Ort Unterschrift

EZ 19/08