

Vor- und Zuname des/r Versicherten:

Mandatsreferenz-Nr.:

M _____ - _____
Mitgliedsnummer lfd. Nr.
(wird von der KölnVorsorge
eingetragen, Nachfolgenummer der
bisher gültigen Nummer)

KölnVorsorge
Sterbeversicherung VVaG
Unter Käster 1
50667 Köln

SEPA-Lastschriftmandat (Einzugsermächtigung)

Gläubiger-Identifikationsnummer (der KölnVorsorge) DE97ZZZ00000130046

Ich ermächtige die KölnVorsorge Sterbeversicherung VVaG, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift

ab _____ (bitte Monat und Jahr angeben)

einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der KölnVorsorge auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

BIC

IBAN

Kreditinstitut

Der Einzug am Ersten des jeweiligen Zahlmonats soll

monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich erfolgen.

Fällt dieser Tag auf ein Wochenend- oder Feiertag, so verschiebt sich der Einzug auf den ersten folgenden Werktag.

Datum

Unterschrift Antragsteller/-in

Vor- und Zuname Kontoinhaber/in
(sofern abweichend, bitte in Druckbuchstaben)

Unterschrift Kontoinhaber/-in
(sofern abweichend)