

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

(entgeltfrei)

Versicherungsanstalt
Kontoführendes Kreditinstitut
Bankleitzahl
Kontonummer des Zahlungspflichtigen
Name und Anschrift des Zahlungspflichtigen

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos einzuziehen.

Damit ist auch meine kontoführende Bank ermächtigt, Lastschriften einzulösen, wobei für diese keine Verpflichtung zur Einlösung besteht, insbesondere dann, wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist.

Ich habe das Recht, innerhalb von 42 Kalendertagen ab Abbuchungstag ohne Angabe von Gründen die Rückbuchung bei meiner Bank zu veranlassen.

Datum

Unterschrift