

## EINZUGSERMÄCHTIGUNG

An  
 Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau  
 Linke Wienzeile 48 - 52  
 1060 Wien  
 Behandlungsbeitragsgruppe  
 Tel.: 050 2350 32400, Basa: (880) 2350 32400 Fax: 050 2350 72401

- Erteilung**  
 **Änderung**  
 **Widerruf**

### Zahlungspflichtiger

Name (Titel, Vorname, Nachname)

Mitgliedsnummer:

Versicherungsnummer:

Anschrift: (PLZ, Ort, Straße)

Genauere Bezeichnung und Anschrift der Kreditunternehmung

Kontonummer des Zahlungspflichtigen

Bankleitzahl

### Kundenwunsch

**ERTEILUNG:** Hiermit ermächtige(n) ich / wir Sie bis auf Widerruf, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines / unseres Kontos mittels Lastschrift einzuziehen. Damit ist auch meine / unsere kontoführende Bank ermächtigt, die Lastschriften einzulösen, wobei für diese keine Verpflichtung zur Einlösung besteht, insbesondere dann, wenn mein / unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist. Ich / Wir habe(n) das Recht, innerhalb von 42 Kalendertagen nach erfolgter Abbuchung oder nach erfolgtem Einzug ohne Angabe von Gründen die Rückbuchung bei meiner / unserer Bank zu veranlassen.

Ich / Wir wünschen folgendes Abbuchungslimit:

22 EURO  
  73 EURO  
  Kein Limit  
  Mein Limit lautet: .....

Bei Überschreitung des Abbuchungslimits erfolgt die Zusendung eines Zahlscheines, sollte dieser nicht eingezahlt werden, wird der gesamte Betrag 3 Monate nach Fälligkeit ohne Mehrkosten abgebucht.

**ÄNDERUNG:** Ich / Wir ersuche(n) um Änderung der oben eingetragenen Daten

**WIDERRUF:** Hiermit widerrufe(n) ich / wir, die von mir / uns erteilte Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschriften

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des® Kontozeichnungsberechtigten