

## Einzugsermächtigung

Ich bin damit einverstanden, dass bis auf Widerruf meine Versicherungsbeiträge zu den jeweiligen Fälligkeitsterminen durch Abbuchen zu Lasten meines nachstehend angegebenen Kontos von der Sterbekasse „Hilfe am Grabe“, Norden, eingezogen werden.

(Bitte ankreuzen:  monatlich  vierteljährlich  halbjährlich  jährlich)

Konto-Nr.: \_\_\_\_\_ (**Kein** Sparkonto)

Bankleitzahl: \_\_\_\_\_

Geldinstitut: \_\_\_\_\_

Auftraggeber:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Hsnr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kontoinhabers