

SEPA - Lastschrift - Mandat

Mandatsreferenz (diese entspricht der 6 - bzw. 7 - stelligen Kundennummer) falls bekannt eintragen:

Zahlungsempfänger: OBERÖSTERREICHISCHE VERSICHERUNG AG, Gruberstraße 32, A-4020 Linz
Creditor ID: AT25 ZZZO 0000 0041 42

Ich ermächtige / Wir ermächtigen die OBERÖSTERREICHISCHE VERSICHERUNG AG, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels SEPA Lastschriften einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der OBERÖSTERREICHISCHE VERSICHERUNG AG auf mein / unser Konto gezogenen SEPA Lastschriften einzulösen. Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

beantragte Versicherung / en (Neuanträge liegen bei)

SEPA - Mandat für alle bestehenden Versicherungsverträge unter der Kundennummer (Kundennummer anführen)
Kundennummer: _____

nachstehend angeführte / n Versicherungsvertrag / Versicherungsverträge (Polizzennummer / n anführen)
Versicherungsschein Nr: _____

Name: _____

Anschrift: _____

IBAN: _____

BIC: _____

* Für Zahlungsvorgänge innerhalb Österreichs müssen Sie nur die IBAN angeben.

Einvernehmlich wird festgelegt, dass die 14-tägige Vorabinformationsfrist verkürzt wird. Die OBERÖSTERREICHISCHE VERSICHERUNG AG erteilt mir / uns die Vorabinformation auf der Polizza und / oder Prämienchein spätestens einen Tag vor dem Einzug der jeweiligen Prämien.

Ort, Datum

Unterschrift

An (Zahlungsempfänger)

Oberösterreichische Versicherung AG

Maxhüttenstraße 11

D-93055 Regensburg