

## SEPA-Lastschrift-Mandat

Mandatsreferenz, diese entspricht der Polizzenummer und wird auf der Polizza bekannt gegeben.

**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 Versicherungsverträge/Versicherungsvertrag (Polizzenummer/n anführen)  
Polizzenummer/n: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_ BIC:\* \_\_\_\_\_

\* Für nationale und grenzüberschreitende Lastschriften innerhalb der EU/EWR 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

Gruberstraße 32

A-4020 Linz