


Einzugsermächtigung

Name und genaue Anschrift des Zahlungspflichtigen		
Konto-Nr. des Zahlungspflichtigen	genaue Bezeichnung der Kreditunternehmung	Bankleitzahl
Einzugs- ermächtigung gilt für 	<input type="checkbox"/> alle bestehenden Versicherungsverträge mit Bankeinzug * (Kundnummer anführen)	
	<input type="checkbox"/> nachstehend angeführten Versicherungsvertrag * (Polizzenummer anführen)	
	<input type="checkbox"/> beantragte Versicherung(en) * (Neuanträge liegen bei)	
<input type="checkbox"/> Inkassoänderung bei o.a. Vertrag/Verträgen durchführen *		

* Zutreffendes bitte ankreuzen

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschriften

Hiermit ermächtige/n ich/wir Sie widerruflich, 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 ab Abbuchungstag ohne Angabe von Gründen die Rückbuchung bei meiner/unserer Bank zu veranlassen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift/en des/der Kontozeichnungsberechtigten

An (Zahlungsempfänger)

Oberösterreichische Versicherung AG

Gruberstraße 32

4020 Linz