

Änderungsformular Beitragszahlung (Bankverbindung, BeitragszahlerIn, Zahlungsart, Zahlungsweise)

Bitte senden Sie das ausgefüllte und unterschriebene Formular per Post an die oben stehende Adresse oder per E-Mail an service@oebv.com.

Mitgliedsscheinnummer(n):

VersicherungsnehmerIn:

Geburtsdatum: d d m m j j j j

Änderung der Zahlungsweise

Hinweis: Je nach Tarif wird Ihr Beitrag gemäß der entsprechenden Versicherungsbedingungen angepasst, da ein Unterjährigkeitszuschlag anfallen oder entfallen kann.

Ich möchte meine Beiträge ab dem nächstmöglichen Termin **bezahlen.**

(bitte Zutreffendes auswählen)

Änderung der Bankverbindung (Bitte SEPA-Lastschrift-Mandat auf Seite 2 ausfüllen)

per: 0 1 m m j j j j (bitte Datum einsetzen)

Änderung der Zahlungsart von Zahlschein auf SEPA (Bitte SEPA-Lastschrift-Mandat auf Seite 2 ausfüllen)

per: 0 1 m m j j j j (bitte Datum einsetzen)

Änderung des/der BeitragszahlerIn

per: 0 1 m m j j j j (bitte Datum einsetzen)

Bei Bankeinzug bitte SEPA-Lastschrift-Mandat auf Seite 2 ausfüllen.

Bei Zahlscheinzahlung bitte stattdessen nachfolgende Informationen zum/zur BeitragszahlerIn angeben:

Name, Adresse:

Geschlecht: männlich weiblich

Anmerkungen:

Datum und Unterschrift VersicherungsnehmerIn



1 0 7 0 0 0 0 1 1 0 1 0 0

SEPA-Lastschrift-Mandat (Ermächtigung)

Zahlungsempfängerin: Österreichische Beamtenversicherung,
Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit
Grillparzerstraße 11, 1016 Wien,
Reg. beim Handelsgericht Wien unter FN 86811p, DVR 0016543

Creditor-ID: AT44ZZZ00000002248

Zahlungspflichtige/r:

Titel, Vorname, Nachname:

Geschlecht: männlich weiblich

Straße:

PLZ, Ort:

Land:

<small>IBAN</small>			<small>BIC (nur bei Auslandsüberweisung)</small>
---------------------	--	--	--

Ich/wir ermächtige/n die Österreichische Beamtenversicherung, VVaG, Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/ unser Kreditinstitut an, die von der Österreichischen Beamtenversicherung, VVaG auf mein/ unser Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen.

Ich/wir kann/können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/ unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Datum und Unterschrift BeitragszahlerIn