

Helvetia Versicherungen AG

Firmensitz in 1010 Wien, Hoher Markt 10-11

HG Wien, FN 116899 k, DVR 0014991

UID-Nr. ATU15362006

T +43 (0)50 222 1000

info@helvetia.at, www.helvetia.at

SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger Helvetia Versicherungen AG, Hoher Markt 10-11, 1010 Wien

Gläubiger-Identifikationsnummer AT81ZZZ00000009924

Einzelmandat Rahmenmandat (Sammelinkasso)

Wichtig: Bitte füllen Sie alle Felder vollständig und richtig aus. Angaben wie «siehe Antrag» oder «wie oben» sind unzulässig.

Versicherungsnehmer:in

Familienname, Vorname, Titel / Firma:

Polizze Nr.:

Prämienzahler:in/Kontoinhaber:in

Ich (Wir) ermächtige(n) die Helvetia Versicherungen AG, Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von der Helvetia Versicherungen AG auf mein (unser) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Es gilt eine Vorankündigungs-Frist (Pre-Notification) von 5 Tagen als vereinbart. Hinweis: Ich (Wir) kann (können) innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Mit der Unterfertigung dieses Mandates bestätigte(n) die unterzeichnende(n) Person(en), berechtigt zur Autorisierung der Lastschrift zu sein.

Familienname, Vorname, Titel / Firma:

E-Mail:

Für das angeführte Konto bin ich alleine zeichnungsberechtigt. (Wenn nein, ist die Unterschrift aller Kontozeichnungsberechtigten erforderlich.)

Straße / Hausnummer / Stiege / Stock / Tür

LKZ:

Postleitzahl:

Ort:

Name des Kreditinstitutes:

BIC:

IBAN:

Ort, Datum

Unterschrift(en) des (der) Kontozeichnungsberechtigten

Lebensversicherungen (abweichende(r) Prämienzahler:in von Versicherungsnehmer:in)

Für Lebensversicherungen gilt, dass der Prämienzahler auch der Versicherungsnehmer ist. Weicht der Prämienzahler durch diesen Auftrag vom Versicherungsnehmer ab, muss sich der Prämienzahler persönlich gegenüber der Helvetia Versicherungen AG legitimieren. **(bitte Ausweiskopie beilegen)**

FB/Vertretungsbefugter (Name):

Reisepass-Nr.:

Personalausweis-Nr.:

Führerschein-Nr.:

ausstellende Behörde:

Ausstellungsdatum:

Vom Betreuer/Vermittler/Helvetia-Geschäftsstelle auszufüllen, wenn der Prämienzahler vom Versicherungsnehmer abweicht. (nur bei Lebensversicherungen zu beachten)

Bestätigung der Identität

Hiermit bestätige ich, dass die Feststellung der Identität des angeführten Prämienzahlers durch mich erfolgt ist und ich die Unterschrift überprüft habe.

Ort, Datum

Unterschrift Vermittler/Betreuer/Geschäftsstelle