

(SEPA Direct Debit Mandate)

Begünstigter
(Creditor)

Helvetia Schweizerische Versicherungsgesellschaft AG
 Direktion für Deutschland *(Directorate for Germany)*
 Berliner Str. 56-58, 60311 Frankfurt am Main
 Gläubiger-Identifikationsnummer *(Creditor Identifier)*: DE 28HV10000088608

Mandatsreferenz *(Mandate reference)*:

Versicherungsschein-Nummer *(Insurance policy number)*:

Ermächtigung
(Authorization)

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die Helvetia Schweizerische Versicherungsgesellschaft AG, Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Helvetia Schweizerische Versicherungsgesellschaft AG auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.
(By signing this mandate form, you authorise Helvetia Schweizerische Versicherungsgesellschaft AG to send instructions to your bank to debit your account and your bank to debit your account in accordance with the instructions from Helvetia Schweizerische Versicherungsgesellschaft AG.)

Hinweis: Ich kann/Wir 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.
(Note: As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.)

Bei Erstabbuchung oder Änderung Ihres Beitrages/Ihrer Prämie werden wir Sie spätestens 6 Tage vor Fälligkeit informieren (Vorabinformation).
(With the first withdrawal or change of your premium we will inform you at latest 6 days before due date (Pre-Notification).)

Name und Anschrift des Zahlungspflichtigen
(Name and address of debtor)

Bitte alle mit * gekennzeichneten Felder ausfüllen
*(Please complete all fields marked with *)*

*

Vorname, Name des/der Zahlungspflichtigen bzw. Kontoinhabers/Kontoinhaberin *(First name, surname of debtor(s)/account holder(s))*

*

Straße und Hausnummer *(Street name and number)*

*

Postleitzahl, Ort *(Postal code and city)*

*

Land *(Country)*

SEPA-Bankverbindung
(SEPA bank connection)

Internationale Bankkontonummer
(Your account number)

*

IBAN des/der Zahlungspflichtigen bzw. Kontoinhabers/Kontoinhaberin *(IBAN account number of debtor(s)/account holder(s))*

*

SWIFT BIC – Internationale Bankleitzahl *(Bank Identifier Code)*

Zahlungsart
(Type of payment)

Wiederkehrende Zahlung *(Recurrent payment)*

Einmalige Zahlung *(One-off payment)*

Unterschrift
(Signature)

Unterzeichnet in und Datum
(City in which you are signing and Date)

Ort *(City)*

*

Datum *(Date)*

*

Unterschrift/-en *(Signature(s))*

Hinweis: Meine/Unsere Rechte zu dem obigen Mandat sind in einem Merkblatt enthalten, das ich/wir von meinem/ unserem Kreditinstitut erhalten kann/können.
(Note: Your rights regarding the above mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank.)