(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): DE28HV10000088608

Mandatsreferenz (Mandate reference):

[Empty text box for Mandate reference]

Versicherungsschein-Nummer (Insurance policy number):

[Empty text box for 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.

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.

Bei Erstabbuchung oder Änderung Ihres Beitrages/Ihrer Prämie werden wir Sie spätestens 4 Tage vor Fälligkeit informieren (Vorabinformation).

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

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

* [Empty text box for Name]

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

* [Empty text box for Street]

Straße und Hausnummer (Street name and number)

* [Empty text box for Postal code]

Postleitzahl, Ort (Postal code and city)

* [Empty text box for Country]

Land (Country)

SEPA-Bankverbindung (SEPA bank connection)

Internationale Bankkontonummer (Your account number)

* [Empty IBAN field]

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

* [Empty SWIFT BIC field]

SWIFT BIC – Internationale Bankleitzahl (Bank Identifier Code)

Zahlungsart (Type of payment)

- [X] Wiederkehrende Zahlung (Recurrent payment)
[] Einmalige Zahlung (One-off payment)

Unterschrift (Signature)

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

[Empty text box for City]

Ort (City)

* [Empty text box for Date]

Datum (Date)

* [Empty text box for Signature]

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.