



Mandat für Lastschriften

Gläubiger-Identifikationsnummer AT8 1ZZZ00000009924

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

Versicherungsnehmer

Familienname, Vorname: _____

Polizze Nr.: _____

Kontoinhaber / Prämienzahler

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

Familienname, Vorname, Firma: _____

E-Mail: _____

Straße / Hausnr. / Stiege / Stock / Tür: _____

LKZ: _____

Postleitzahl: _____

Ort: _____

Geldinstitut

Name des Geldinstitutes: _____

BIC _____

IBAN _____

Diese Angaben findest du auf deiner Bankomatkarte

Ort und Datum

Unterschrift Prämienzahler

Bitte scanne oder fotografiere mit deinem Mobiltelefon das ausgefüllte und unterschriebene Dokument und sende es uns an: info@smile-versicherung.at