Zahlungsempfänger

Helvetia Schweizerische
Lebensversicherungsgesellschaft AG
St. Alban-Anlage 26
4002 Basel

Belastungsermächtigung mit Widerspruchsrecht für das Postkonto (Debit Direct) und das Bankkonto (LSV+)

Zahlungspflichtiger

Police Nr. ______________________________

Vorname ______________________ Name ______________________

Strasse/Nr. ______________________ Postfach ______________________

PLZ/Ort ______________________ E-Mail ______________________

Debit-Direct-Teilnehmer-Nr. 131633 LSV-Ident. SNL2W

☐ Belastung meines Postkontos (Debit Direct)

Mit meiner Unterschrift ermächtige ich den Zahlungsempfänger bis auf Widerruf, die fälligen Beträge meinem Postkonto zu belasten.

Postkonto Nr. ______________________________

Wenn mein Konto die erforderliche Bonität nicht aufweist, ist PostFinance nicht verpflichtet, die Belastung vorzunehmen. Die Debit-Direct-Belastungen sind für mich kostenlos. Ich habe das Recht, Belastungen innerhalb von 30 Tagen ab Versand des Kontoauszugs schriftlich bei meinem Operations Center zu widerrufen.

Ort, Datum ______________________ Unterschrift/-en* ______________________

*Unterschrift des Vollmachtgebers oder Bevollmächtigten auf dem Postkonto. Bei Kollektivzeichnung sind zwei Unterschriften erforderlich.

☐ Belastung meines Bankkontos (LSV+)

Hiermit ermächtige ich meine Bank bis auf Widerruf, die ihr von obigem Zahlungsempfänger vorgelegten Lastschriften meinem Konto zu belasten.

Bankname, Ort ______________________________

IBAN I__I__I__I__I I__I__I__I__I I__I__I__I__I I__I__I__I__I I__I__I__I__I I__I

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht für meine Bank keine Verpflichtung zur Belastung. Jede Belastung meines Kontos wird mir avisiert. Der belastete Betrag wird mir zurückvergütet, falls ich innerhalb von 30 Tagen nach Avisierung bei meiner Bank in verbindlicher Form Widerspruch einlege. Ich ermächtige meine Bank, dem Zahlungsempfänger im In- oder Ausland den Inhalt dieser Belastungsermächtigung sowie deren allfällige spätere Aufhebung mit jedem der Bank geeignet erscheinenden Kommunikationsmittel zur Kenntnis zu bringen.

Ort, Datum ______________________ Unterschrift ______________________

Berichtigung (Leer lassen, wird von der Bank ausgefüllt)

Bankclearing I__I__I__I__I__I

IBAN I__I__I__I__I I__I__I__I__I I__I__I__I__I I__I__I__I__I I__I__I__I__I I__I

Ort, Datum ______________________ Stempel und Visum der Bank ______________________