

# Auftrag für das Betreuungskonzept SIVAG plus 7

Name / Firma		
PLZ	Ort	Straße
Beruf	Geburtsdatum	
E-mail	Telefon	

Hiermit beauftrage(n) ich (wir) den Versicherungsmakler

**SIVAG Sicherheit in Versicherungsangelegenheiten GesmbH**

Ansprechpartner

im Rahmen des Maklerauftrages zusätzlich mit dem Betreuungskonzept SIVAG plus 7.

## ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Die jeweils gültigen Honorarsätze sind unten stehend angeführt. Das SIVAG plus 7-Programm zum Familientarif gilt für Ehepartner und Lebensgefährten im gemeinsamen Haushalt. Kein Honorar für das SIVAG plus 7-Programm bezahlen Lehrlinge, Studenten, sowie Präsenzdienler und Zivildienler während des Präsenzdienstes/Zivildienstes. Für Pensionisten gilt eine Ermäßigung um 50 Prozent.

Die Abbuchung des Honorars erfolgt halbjährlich, jeweils Anfang Jänner und Anfang Juli; das Honorar gilt im Vorhinein. Wenn der Verbraucherpreis-index 5 % übersteigt, dann erhöht sich auch das jeweilige Honorar um 5 %. Ab dem Zeitpunkt der Umsatzsteuerpflicht von Honoraren verrechnet SIVAG die jeweils gültige Umsatzsteuer zum Honorar. Eine Kündigung des SIVAG plus 7-Programms ist jederzeit möglich.

Ich beauftrage die Firma SIVAG GesmbH, mich entsprechend den Richtlinien des SIVAG plus 7 Kundenprogrammes zu betreuen. Das dafür fällige Honorar wird mittels SEPA-Lastschrift von meinem Konto (nachstehend angeführt) abgebucht (Zutreffendes bitte ankreuzen).

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Einzelperson (inkl. minderj. Kinder) € 7,00 pro Monat | <input type="checkbox"/> Firma (inkl. Familie d. Inhabers)      |
|  | <input type="checkbox"/> bis 3 Mitarbeiter € 25,00 pro Monat    |
| <input type="checkbox"/> Familie (inkl. minderj. Kinder) € 10,00 pro Monat     | <input type="checkbox"/> 4 bis 10 Mitarbeiter € 35,00 pro Monat |
| <input type="checkbox"/> Landwirt (Betrieb inkl. Familie) € 11,00 pro Monat    | <input type="checkbox"/> individuelle Vereinbarung              |

## SEPA-LASTSCHRIFT-MANDAT

Mandatsreferenz/Kunden-Nr.

AT50 ZZZO 0000 0145 56

Creditor-ID

SIVAG GesmbH, Linzer Straße 46 a, A-4810 Gmunden

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die Firma SIVAG GesmbH, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Firma SIVAG GesmbH auf mein/unser Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen. Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name Zahlungspflichtiger	Adresse (Straße, Hausnummer)	Land, PLZ, Ort
IBAN	BIC	
Ort / Datum	Unterschrift SIVAG GesmbH	Unterschrift Kunde

[www.sivag.at](http://www.sivag.at)

Download Grundlagen: [www.sivag.at](http://www.sivag.at) Button „Rechtliche Grundlagen“

**Firma**  
SIVAG Sicherheit in Versicherungs-  
angelegenheiten GesmbH  
Linzer Straße 46a / A-4810 Gmunden  
Tel.: 07612/88 222 / Fax-DW 14

**Gerichtsstand:**  
Landesgericht Wels  
Firmenbuchnummer FN 141669 m  
Geschäftsführer  
akad. Vkmf. Georg Eisenzopf

**Bankverbindung:**  
Oberbank AG, Filiale Gmunden  
IBAN: AT951506000171067689  
BIC: OBKLAT2L  
ATU56585537

**Register/Beschwerdestelle:**  
Versicherungsmakler und Berater  
in Versicherungsangelegenheiten  
Reg. Nr. 407/2527 [www.bmwv.gv.at](http://www.bmwv.gv.at)  
DVR Nr. 2111320