



Finanzinstitut

Rechnungssteller
WIN1W

Name
Adresse

AXA Versicherungen AG

PLZ / Ort

Postfach 357
8401 Winterthur

	Lastschriftzahler (Kunde)	Unterzeichnende(r) 1	Unterzeichnende(r) 2
Name			
Adresse			
PLZ / Ort			

Police Nr.	Police Nr.	Police Nr.	Police Nr.

Belastungsermächtigung LSV+ mit Widerspruchsrecht

Kontonummer (IBAN):	
Finanzinstitut (Bank)	

Hiermit ermächtige ich meine Bank bis auf Widerruf, die ihr von obigem Rechnungssteller vorgelegten Lastschriftforderungen in CHF meinem Konto zu belasten. 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 rückvergütet, falls ich innerhalb von 30 Kalendertagen nach Avisierungsdatum bei meiner Bank in verbindlicher Form Widerspruch einlege. Ich ermächtige meine Bank, dem Rechnungssteller 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 und Datum		
Unterschrift*		

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

Bitte senden Sie Ihrer Bank das ausgefüllte und unterschriebene Formular sobald wie möglich zur Genehmigung.

Leer lassen, wird von der Bank ausgefüllt:

Berichtigung	
BC Nr.	IBAN
Datum	Stempel und Visum der Bank