



Rechnungssteller (PID)
41101000000594312

Finanzinstitut

9000

PostFinance AG
Mingerstrasse 20

3030 Bern

AXA Versicherungen AG
Postfach 357

8401 Winterthur

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

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

Zahlungsermächtigung mit Widerspruchsrecht
CH-DD-Basislastschrift (Swiss COR1 Direct Debit) der PostFinance AG

Kontonummer (IBAN): _____

Hiermit ermächtigt der Kunde PostFinance bis auf Widerruf, die ihr von obigem Rechnungssteller angegebenen fälligen Beträge seinem Konto zu belasten.

Wenn das Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, kann PostFinance diese mehrmals prüfen, um die Zahlung durchzuführen, ist aber nicht verpflichtet, die Belastung vorzunehmen.

Jede Belastung des Kontos wird dem Kunden von PostFinance in der mit ihm vereinbarten Form avisiert (z.B. mit dem Kontoauszug). Der belastete Betrag wird dem Kunden rückvergütet, falls er innerhalb von 30 Tagen nach Avisierungsdatum bei PostFinance in verbindlicher Form Widerspruch einlegt.

Ort und Datum		
Unterschrift*		

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

Bitte senden Sie das ausgefüllte und unterschriebene Formular sobald wie möglich zur Bearbeitung an obige Adresse der AXA.