

Emittente di fatture
WIA3W

Istituzione finanziaria

Nome
Strada

AXA-ARAG Rechtsschutz AG
Affolternstrasse 42

CAP / Città

8050 Zürich

	Pagatore dell'addebito diretto (cliente)	Firmatario/a 1	Firmatario/a 2
Nome			
Strada			
CAP/Città			

Polizza n.	Polizza n.	Polizza n.	Polizza n.

Autorizzazione di addebito LSV⁺ con diritto di contestazione

Conto (IBAN):	
Banca	

Con la presente autorizzo la mia banca revocabilmente ad addebitare sul mio conto gli avvisi di addebito in CHF emessi dell'emittente di fatture summenzionato.

Se il mio conto non ha la necessaria copertura, la mia banca non è tenuta ad effettuare l'addebito. Riceverò un avviso per ogni addebito sul mio conto. L'importo addebitato mi verrà riaccreditato, se lo contesterò in forma vincolante alla mia banca entro 30 giorni calendario dalla data dell'avviso.

Autorizzo la mia banca a informare l'emittente di fatture nel nostro paese o all'estero sul contenuto della presente autorizzazione di addebito nonché sulla sua eventuale revoca successiva in qualsiasi modo essa lo ritenga opportuno.

Luogo, data		
Firma*		

* Firma del mandante o del procuratore sul conto postale. In caso di firma collettiva sono necessarie due firme.

Si prega di inviare il modulo compilato e firmato alla propria banca per l'approvazione il prima possibile.

Lasciare vuoto, viene compilato della banca:

Berichtigung	
BC Nr.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> IBAN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Datum	Stempel und Visum der Bank