



Emetteur de factures
WIN1W

Institution financière

Nom
Rue

AXA Versicherungen AG

Code postal/Lieu

Postfach 357
8401 Winterthur

	Auteur du recouvrement direct (client)	Signataire 1	Signataire 2
Nom			
Rue			
Code postal/Lieu			

N° de police	N° de police	N° de police	N° de police

Autorisation de débit LSV⁺ avec droit de contestation

N° de Compte (IBAN):	
Institution financière (Banque)	

Par la présente j'autorise ma banque, sous réserve de révocation, à débiter de mon compte les créances en CHF émises par l'émetteur de factures ci-dessus. Si mon compte ne présente pas la couverture suffisante, il n'existe pour ma banque aucune obligation de débit.

Chaque débit sur mon compte me sera avisé. Le montant débité me sera remboursé si je le conteste dans les 30 jours civils après la date de l'avis auprès de ma banque, en la forme contraignante. J'autorise ma banque à informer l'émetteur de factures, en Suisse et à l'étranger, du contenu de cette autorisation de débit ainsi que de son éventuelle annulation par la suite, et ce par tous les moyens de communication qui lui sembleront appropriés.

Lieu, date		
Signature*		

* Signature du mandant ou du mandataire titulaire du compte postal. Deux signatures sont requises en cas de signature collective.

Veillez envoyer le formulaire rempli et signé à votre banque pour approbation dès que possible.

Laisser vide, à remplir par la banque:

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