



Zahlungsempfänger

AXA  
Gesundheitsvorsorge  
Postfach 357  
8400 Winterthur

## Belastungsermächtigung: Debit Direct (DD) der Post Autorisation de débit: Service des Débits Directs (SDD) Autorizzazione d'addebitamento: Debit direct (DD) della Posta

Versicherungsnehmer Preneur d'assurance Contraente dell'assicurazione	Name / Nom / Cognome Vorname / Prénom / Nome Strasse, Nr. / Rue, n° / Via, n° PLZ, Ort / NPA, località / NPA, località	_____ _____ _____ _____
Policen / Polices / Polizze	alle / toutes / tutti ausser Nr. / sauf n° / senza n°	<input checked="" type="checkbox"/> _____ _____

Hiermit ermächtige ich AXA bis auf Widerruf, fällige Beträge meinem Postkonto zu belasten. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht für die Postbetriebe keine Verpflichtung zur Belastung. Der belastete Betrag wird mir zurückvergütet, falls ich die Lastschrift innerhalb von 30 Tagen schriftlich bei meinem Postcheckamt widerrufe.

Par le présente, j'autorise AXA, sous réserve de révocation, à débiter mon compte postal du montant des primes d'assurance. Si mon compte ne présente pas la couverture suffisante, il n'existe pour la poste aucune obligation de débit. Le montant débité me sera remboursé si j'avise mon office de chèques postaux par écrit dans les 30 jours de la révocation de l'écriture au débit.

Con la presente, autorizzo AXA, fino a revoca, ad addebitare i premi sul mio conto corrente postale. In mancanza di copertura sul mio conto, l'obbligo di addebitamento da parte della Posta scade. L'importo addebitato mi sarà rimborsato se revoco l'avviso d'addebitamento entro 30 giorni per iscritto presso il mio ufficio dei conti correnti postali.

Postkonto-Nr.  
N° de compte postal  
N° di conto postale

\_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift  
Date, signature  
Data, firma

\_\_\_\_\_