Emittente di fatture
WIN1W

Istituzione finanziaria

Nome
Strada

CAP / Città

AXA Versicherungen AG

Postfach 357
8401 Winterthur

	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

N. di Conto (IBAN):	
Istituzione finanziaria (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 clendario 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.	IBAN
Datum	**Stempel und Visum der Bank**