

**Belastungsermächtigung****Autorisation de débit****Autorizzazione di addebito**

LSV IDENT | S | L | E | 1 | W |

CHF

Zahlungsempfänger / Bénéficiaire / Beneficiario: Skandia Leben AG, Churerstrasse 25, 8808 Pfäffikon SZ

Bank, Post / banque, poste / banca, posta

Kunde / Client / Cliente

|       |       |
|-------|-------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

|   |  |  |
|---|--|--|
| <b>Belastungsermächtigung Bank</b><br>Hiermit ermächtige ich meine Bank bis auf Widerruf, die ihr vom oben stehenden Zahlungsempfänger vorgelegten Lastschriften meinem Konto zu belasten.  | <b>Autorisation de débit banque</b><br>Par la présente, j'autorise ma banque, jusqu'à révocation, à débiter de mon compte les notes de recouvrement émises par le bénéficiaire susmentionné.   | <b>Autorizzazione di addebito banca</b><br>Con la presente autorizzo la mia banca, fino a revoca, ad addebitare al mio conto corrente postale gli importi secondo gli avvisi inviate dal beneficiario summenzionato.   |
| Bankname / Nom de la banque / Nome della banca  |  |  |
| PLZ, Ort / NPA, località / NPA, luogo   |  |  |
| IBAN <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"/>  |  |  |
| oder / ou / o<br>Konto-Nr. / N° de compte / N. di conto   |  |  |
| Bankclearing-Nr. (sofern bekannt) / N° de clearing bancaire (si connu) / N. di clearing bancario (se noto) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>   |  |  |
| Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht für meine Bank keine Verpflichtung zur Belastung.<br>Jede Belastung meines Kontos wird mir avisiert. Der belastete Betrag wird mir zurückvergütet, falls ich innerhalb von 30 Tagen nach Avisierung bei meiner Bank in verbindlicher Form Widerspruch einlege. Ich ermächtige meine Bank, dem Zahlungsempfänger den Inhalt dieser Belastungsermächtigung sowie deren allfällige spätere Aufhebung mit jedem der Bank geeignet erscheinenden Kommunikationsmittel zur Kenntnis zu bringen. | Si mon compte ne présente pas la couverture suffisante, ma banque n'a aucune obligation de débit.<br>Chaque débit sur mon compte me sera avisé. Le montant débité me sera remboursé si je le conteste auprès de ma banque, en la forme contraignante, dans les 30 jours à compter de la date de l'avis de débit. J'autorise ma banque à informer le bénéficiaire de la teneur de la présente autorisation de débit ainsi que de son éventuelle annulation ultérieure par tous les moyens de communication qui lui sembleront appropriés. | Se il mio conto non dovesse presentare la copertura necessaria, la mia banca non sarà tenuta a provvedere all'addebito.<br>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 dalla data dell'avviso. Autorizzo la mia banca ad informare il destinatario del pagamento sul contenuto della presente autorizzazione di addebito nonché sulla sua eventuale revoca successiva in qualsiasi modo essa lo ritenga opportuno. |

|  |  |   |
|--|--|---|
| <b>Belastungsermächtigung Post</b><br>Hiermit ermächtige ich Skandia Leben AG bis auf Widerruf, die ihr vom oben stehenden Zahlungsempfänger vorgelegten Lastschriften direkt meinem Postkonto gebührenfrei zu belasten. Dabei behalte ich das Recht, ausgeführte Belastungen innerhalb von 30 Tagen, ab Versand des Kontodokuments, schriftlich bei meinem Operations Center zu widerrufen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht für die Post keine Verpflichtung zur Belastung. | <b>Autorisation de débit poste</b><br>Par la présente, j'autorise Skandia Leben AG, jusqu'à révocation à débiter directement et sans frais de mon compte postal les notes de recouvrement émises par le bénéficiaire susmentionné. Je conserve le droit de révoquer par écrit les crédits effectués pendant les 30 jours suivant l'envoi du document de compte auprès de mon Operations Center. Si mon compte ne présente pas la couverture suffisante, la poste n'a aucune obligation de débit. | <b>Autorizzazione di addebito posta</b><br>Con la presente autorizzo Skandia Leben AG, fino a revoca, ad addebitare direttamente e senza spese sul mio conto corrente postale gli importi in base agli avvisi che le saranno notificati dal summenzionato beneficiario. Mi riservo il diritto di revocare per iscritto entro 30 giorni, a partire dalla data di spedizione del documento del conto, presso il mio Operations Center gli addebiti eseguiti. Se il mio conto non dovesse presentare la copertura necessaria, l'ufficio postale non sarà tenuto a provvedere all'addebito. |
| Postkonto-Nummer / N° de compte postal / N. di conto corrente postale  |  |   |

Ort, Datum / Lieu, date / Luogo, data

Unterschrift / Signature / Firma

Berichtigung / Rectification:

|  |  |
|--|--|
| Leer lassen, wird von der Bank ausgefüllt / Laisser vide, à remplir par la banque / Lasciare vuoto, è riempito della banca |  |
| Bankclearing-Nr. / No clearing bancaire:   | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>   |
| IBAN, Konto-Nr. / IBAN, No de compte:  | <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"/> |
| Stempel und Visum der Bank / Datum / Date  | Timbre et visa de la banque  |