

Belastungsermächtigung mit Widerspruchsrecht

LSV-IDENT. ZLEB6 CHF

Zahlungsempfänger

**Zürich
Lebensversicherungs-Gesellschaft AG
Postfach
8085 Zürich**

Kunde

Firma

Vorname Name

Strasse/Nr. PLZ/Ort

Ref Nr.

Belastungsermächtigung mit Widerspruchsrecht

Hiermit ermächtige ich meine Bank bis auf Widerruf, die ihr von obigem Zahlungsempfänger vorgelegten Lastschriften meinem Konto zu belasten.

Bankname

Strasse/Nr. PLZ/Ort

IBAN

Konto-Nr. Bankenclearing-Nr. (sofern bekannt)

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht für meine Bank keine Verpflichtung zur Belastung.

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 im In- oder Ausland den Inhalt dieser Belastungsermächtigung sowie deren allfällige spätere Aufhebung mit jedem der Bank geeignet erscheinenden Kommunikationsmittel zur Kenntnis zu bringen.

Ort/Datum Unterschrift

Berichtigung

Leer lassen, wird von der Bank ausgefüllt.

Bankenclearing-Nr. IBAN Konto-Nr.

Ort/Datum Stempel und Visum der Bank

Zürich Lebensversicherungs-Gesellschaft AG

Postfach, 8085 Zürich
Telefon 0800 80 80 80, www.zurich.ch