

DEBIT MASTERCARD ZUSATZFORMULAR FÜR JUGENDLICHE VON 14 BIS 18 JAHREN



Kontonummer

(wird von der ABS eingetragen)

Kontoinhaberin/Kontoinhaber

Frau Herr

Name:

Vorname:

Strasse/Nummer:

PLZ/Ort:

Geburtsdatum:

Nationalität:

erhält von der Alternativen Bank Schweiz AG (nachfolgend ABS genannt) eine Debit Mastercard.

Für die Zeit bis zur Mündigkeit der Karteninhaberin/des Karteninhabers erklärt die Inhaberin/der Inhaber der elterlichen Sorge

Name:

Vorname:

Strasse/Nummer:

PLZ/Ort:

- dass die Karteninhaberin/der Karteninhaber urteilsfähig ist, d.h. die Möglichkeiten der Debit Mastercard und die Folgen ihres Gebrauchs kennt und begriffen hat,
- dass sie/er der ABS jeden Betrag ersetzen wird, der von der Karteninhaberin/vom Karteninhaber bezogen wurde, aus dem Guthaben der Karteninhaberin/des Karteninhabers aber nicht gedeckt werden kann,
- dass sie/er der ABS auch jeden Betrag ersetzen wird, der missbräuchlich mit der Debit Mastercard bezogen wird.

Die Verpflichtungen aus dieser Erklärung erlöschen ohne weiteres nach Deckung bzw. Ersetzung aller Beträge, welche bis zur Mündigkeit der Karteninhaberin/des Karteninhabers mit der Debit Mastercard bezogen werden.

Der Verlust der Debit Mastercard ist der ABS unverzüglich zu melden.

Datum:

Unterschrift:

(Kontoinhaberin/Kontoinhaber)

Datum:

Unterschrift:

(Unterschrift der Inhaberin/des Inhabers der elterlichen Sorge)

Bitte Kopie eines amtlichen Ausweises beilegen.