

Belastungsermächtigung für das Bankkonto (LSV+) Pax1W Ergänzungen zum Antrag/zur Police

Prämienzahler

Vorname	<input type="text"/>	Name	<input type="text"/>
Strasse/Nr.	<input type="text"/>	PLZ/Ort	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Policen-Nr.	<input type="text"/>
Antrag vom	<input type="text"/>	Antrags-Nr.	<input type="text"/>

Hiermit ermächtige ich meine Bank bis auf Widerruf, die von Pax vorgelegten Lastschriften meinem Konto in CHF zu belasten.

Name der Bank	<input type="text"/>	PLZ/Ort	<input type="text"/>
IBAN (Bankkonto-Nr.)	C H <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. Jede Belastung meines Kontos wird mir avisiert. Der belastete Betrag wird mir rückvergütet, falls ich innerhalb von 30 Tagen nach Avisierungsdatum bei meiner Bank in verbindlicher Form Widerspruch einlege. Ich ermächtige meine Bank, Pax den Inhalt dieser Belastungsermächtigung sowie deren allfällige spätere Aufhebung mit jedem der Bank geeignet erscheinenden Kommunikationsmittel zur Kenntnis zu bringen.

Bitte die vollständig ausgefüllte Belastungsermächtigung **an die Bank** senden.

Ort/Datum	<input type="text"/>	Unterschrift Kontoinhaber	<input type="text"/>
-----------	----------------------	------------------------------	----------------------

Bestätigung (Bitte leer lassen. Dieser Abschnitt ist von der Bank auszufüllen. Bitte danach **an Pax** senden.)

IBAN	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort/Datum	<input type="text"/>	Stempel und Visum der Bank	<input type="text"/>		

