

# Aufnahmeantrag

## Hilfskasse BVG / Unterstützungseinrichtung BVG

### Hilfskasse BVG

**Eintrittsalter: 18 Jahre bis zum vollendeten 50. Lebensjahr**

Name: ..... Vorname: ..... Geburtsdatum: .....

Straße: ..... Telefon: .....

PLZ: ..... Ort: .....

E-Mail: .....

ggf. BVG-Dienstausweis-Nr.: .....

**Kinder bis zum vollendeten 18. Lebensjahr (kostenfrei versichert!)**

Name	Vorname	Geburtsdatum

### Zutreffendes bitte ankreuzen

Abschluß einer zweiten Sterbegeldversicherung

ja  nein

Abschluß einer dritten Sterbegeldversicherung

ja  nein

(zusätzlicher, monatlicher Beitrag pro Versicherung: 1,05 EUR)

### Unterstützungseinrichtung BVG

**Eintrittsalter: 18 Jahre bis zum vollendeten 50. Lebensjahr**

**Zweit- und Drittversicherungen bis zum vollendeten 70. Lebensjahr**

### Zutreffendes bitte ankreuzen

Abschluß einer zweiten Mitgliedschaft in der Unterstützungseinrichtung

ja  nein

Abschluß einer dritten Mitgliedschaft in der Unterstützungseinrichtung

ja  nein

(zusätzlicher, monatlicher Beitrag pro Mitgliedschaft: 7,95 EUR)

### Beitragszahlung:

- Ich stimme dem Beitragseinzug von meinem Lohn-/Gehaltskonto durch die BVG und dem im Zusammenhang damit stattfindenden Datenträgeraustausch zu
- Ich bitte um Beitragseinzug gemäß anliegendem SEPA-Lastschriftmandat/Basislastschrift
- Ich zahle per Überweisung

Ich wurde geworben von: .....

Die Werbeprämie wird gezahlt, wenn die erste Beitragszahlung geleistet wurde.

Name: .....	Vorname: .....	Mitgl.-Nr.: .....
-------------	----------------	-------------------

Wir verwenden Ihre personenbezogenen Daten und gemachten Angaben nur für den Abschluss des Vertrages unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren Gesetze. Ein Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrages ist ohne die Verarbeitung dieser personenbezogenen Daten nicht möglich.

Ich versichere, dass ich alle Angaben wahrheitsgemäß nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe (falsche Angaben können gemäß §6 der Satzung der Hilfskasse BVG zum Ausschluss führen). Ich versichere, dass die mitversicherten Familienangehörigen wesentlich weder mit einer die Lebensdauer nachteilig beeinflussenden Krankheit noch mit einem Schaden behaftet sind, der ein baldiges Ableben befürchten lässt.

Der Antrag kann innerhalb von 14 Tagen nach Unterzeichnung von Antragsteller schriftlich widerrufen werden, und zwar auch dann, wenn der Versicherer ihn bereits angenommen hat.

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift