

Angehörigen - Aufnahmeantrag

Hilfskasse BVG / Unterstützungseinrichtung BVG

Hilfskasse BVG

Eintrittsalter: 18 Jahre bis zum vollendeten 50. Lebensjahr

Name: Vorname: Geburtsdatum:

Straße: Telefon:

PLZ: Ort:

E-Mail:

Verwandtschaftsverhältnis zum Hauptmitglied:

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 bitte um Beitragseinzug gemäß anliegendem SEPA-Lastschriftmandat/Basislastschrift

Ich zahle per Überweisung

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Beitragszahlers
(wenn abweichend von Versichertem)

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 wissentlich 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 des Versicherten

Stand 06/2018