

STERBEKASSE VISSELHÖVEDE VVaG

Zum Großen Feld 6 - 27374 Visselhövede - Tel. 04262 91 98 592

Antrag auf: Abschluss / Erweiterung einer Todesfallversicherung

Hiermit beantrage ich den Abschluss bzw. die Erweiterung einer Todesfallversicherung mit der Möglichkeit einer Mehrfachversicherung, aus den Tarifen Nr. 21-37, s.Rückseite. Es können max. 5 Versicherungen abgeschlossen werden.

Hinweise gemäß Datenschutzgrundverordnung (DSGVO), Art.13, Abs.1-2

- a) Kontaktadresse/Person: Vorstand der Sterbekasse-Visselhövede (siehe oben)
b) Rechtsgrundlage f.d. Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten: Ihr (dieser) Antrag auf Mitgliedschaft in unseren Versicherungsverein und/oder Abschluss einer Todesfallversicherung.
c) Dauer der Speicherung Ihrer personenbezogenen Daten: Zeit der Mitgliedschaft bzw. lt. gesetzl. Fristen
d) Ihr Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung und eingeschränkte Verarbeitung: Wir erheben nur die Daten, die für einen Vertragsabschluss und dessen Ausführung erforderlich sind.
Eine Nicht-Bereitstellung dieser Daten lässt keinen Abschluss zu.

Hinweis: Falls Sie bereits Mitglied in unserer Sterbekasse sind, d.h. bereits Todesfallversicherungen vor dem 1.7.2019 abgeschlossen haben beachten Sie, dass in Summe max. 5 Versicherungen / Person möglich sind.

Name - Anschrift der/s zu Versichernden:

Bereits Mitglied ?

JA

NEIN

(Zutreffendes ankreuzen!)

Name

Vorname

Geb.Datum

Straße

Telefon

Postleitzahl

Ort

eMail-Adresse:

Tarif-Nr.

Anzahl Versicherungen

Gesamt- Jahresbeitrag
Euro:

Dieser Antrag wird in Kenntnis der Inhalte der gültigen Satzung und der Datenschutzerklärung der Sterbekasse Visselhövede gestellt.
Aus meiner Sicht offene Fragen zur Satzung wurden in einem Beratungsgespräch geklärt.

Versicherung ab: TT.MM.JJJ

Versicherungsbeginn nur zum 1. oder 15. eines Monats beginnend

Beitragszahlung : jährlich, Anfang Februar (ohne Zuschlag)

halbjährlich, Anfang Februar / Juli (€ 2,- Zuschlag)

(Zutreffendes ankreuzen!)

Datum

Unterschrift:

PLZ-Ort

SEPA-Lastschriftmandat:

Gläubigeridentifikationsnummer:

Sterbekasse Visselhövede

DE73ZZZ00000044924

Zahlungsart:

Mandatsreferenz (Ihre Mitgliedsnummer):

Ich ermächtige die Sterbekasse Visselhövede von mir zu leistende Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Sterbekasse Visselhövede auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen.

Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name / Anschrift des Kontoinhabers:

(nur eintragen, wenn zum Antragsteller abweichend)

Name

Vorname

Straße

Telefon

Postleitzahl

Ort

IBAN des Zahlungspflichtigen (22 Stellen)

BIC (8 oder 11 Stellen)

(IBAN = vormals Kontonummer, BIC = Bankleitzahl)

PLZ-Ort

Datum

Unterschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):