

Versicherungsantrag - Sterbegeldversicherung Bin bereits Mitglied

Maßgebend ist die Satzung.

Persönliche Daten

Personen ohne gefahrerhebliche Gesundheitsstörungen

Name:	Geb.-Name:	
Vorname:	Geb.-Datum:	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Straße / Hausnummer:	PLZ/ Ort:	
Tel.-Nr.:	Fax:	E-Mail:
Versicherungsbeginn (Monat/Jahr):	Einmalbeitrag:	

Vertragsmöglichkeiten (gewünschte Versicherungssumme bitte ankreuzen)**Tarif 9** (Einmalbeitrag 61Jahre - 85.Geburtstag)**Versicherungssummen in €**

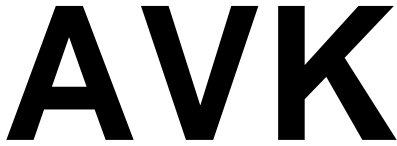
- 600,00 1.200,00 1.800,00 2.400,00 3.000,00
 3.600,00 4.200,00 4.800,00

"Ich kann die Vertragserklärung innerhalb von 30 Tagen nach Zugang des Versicherungsscheins und der übrigen Produktionsinformationen schriftlich widerrufen. Die AVK ist vor Vertragsabschluss ihrer Informationspflicht gemäß Versicherungsvertragsgesetz-Informationspflichtenverordnung (VVG-InfoV) nachgekommen."

Datum / Unterschrift **Kinderzusatzversicherung (beitragsfrei)**

gemäß § 2 der Satzung (natürliche Personen, die das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben)

Name:	Vorname:	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Geb.-Datum:	Adresse:	(falls abweichend von oben)



**Allgemeine Versicherungskasse VVaG –
Todesfallversicherung**

Lange Straße 63 • 27749 Delmenhorst

☎ (04221) 1 38 69 • Fax (04221) 91 52 42

Internet: <http://www.avk-del.de> • E-Mail: info@avk-del.de

Erteilung einer Einzugsermächtigung / eines SEPA-Lastschriftmandats

an die **AVK** Vers.Nr. / Mandatsreferenz: _____ Tel.: _____

Einzugsermächtigung:

Ich ermächtige Sie widerruflich, die Beiträge von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE47ZZZ00000026380

Ich ermächtige die AVK Allgemeine Versicherungskasse VVaG – Todesfallversicherung, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der AVK VVaG 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.

Bankverbindung:

Konto-Nr.: _____ BLZ: _____ Bank: _____

IBAN: _____ BIC : _____

Kontoinhaber: _____

Anschrift des Kontoinhabers: _____

Ort / Datum / Unterschrift: _____

gewünschte Zahlungsweise bitte ankreuzen:

- 1 x jährlich zum 01.03.
- 2 x jährlich je 1/2 zum 01.03. und 01.07.
- 4 x jährlich je 1/4 zum 01.03., 01.06., 01.09. und 01.12.
- 12 x jährlich je 1/12 zum 01. eines Monats
(im Januar aus ablauftechnischen Gründen zum 10.)

- einmalig für den Einmalbeitrag (Tarif 9)

Ratenaufschläge werden nicht erhoben !

Kosten, die durch Rücklastschriften entstehen, sind vom Mitglied zu tragen.

Unterschriften und Datum bitte nicht vergessen und an die **AVK** zurücksenden.