



### Angaben zum Antragsteller:

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon/Fax \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

### Vertriebspartner:

Neuaufnahme: \*

Erweiterungsantrag: \*

Mitglieds-Nr.: \_\_\_\_\_

Vertragsbeginn:

\*Zutreffendes bitte ankreuzen

### Angaben Mitglied(er)/versicherte Person(en):

Name/Geburtsname	Vorname	Geburtsdatum	Versicherungs- summe (€)	Tarif			Monats-/ Einmalbeitrag (€)	Hier Unterschrift der versicherten Person (ggf. gesetzlicher Vertreter) nicht vergessen!
				15	16	EB		
<input type="radio"/> männlich* <input type="radio"/> weiblich*								X
<input type="radio"/> männlich* <input type="radio"/> weiblich*								X
<input type="radio"/> männlich* <input type="radio"/> weiblich*								X

\*Zutreffendes bitte ankreuzen

Erläuterung: Tarif 15=Beitragszahlung bis zum 85. Lebensjahr · Tarif 16=Beitragszahlung bis zum 65. Lebensjahr · Tarif EB=Einmalbeitragstarif

#### Kindermitversicherung:

Die beantragten Kindermitversicherungen sollen mit Vollendung des 14. Lebensjahres Vollversicherungen werden. Die Kindermitversicherung ist nur in den Tarifen 15 und 16 möglich.

ja  nein (Gewünschtes bitte ankreuzen)

#### Datenschutz:

Ich willige ein, dass die im Zusammenhang mit der Versicherung stehenden Daten gespeichert und für interne Zwecke weiter verarbeitet werden.

#### Erklärung:

Mit meiner Unterschrift erkläre ich den Beitritt in die SOLIDAR Versicherungsgemeinschaft. Es ist mir bekannt, dass die Höchstsumme des Sterbegeldes 8.000 € pro versicherter Person beträgt. Ich bestätige hiermit, dass ich die Satzung und das Produktinformationsblatt mit dem Antrag erhalten habe.

#### Widerrufsrecht:

Ich kann meine Vertragserklärung innerhalb von 30 Tagen ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs in Textform an die SOLIDAR Versicherungsgemeinschaft Sterbegeldversicherung VVaG, Alleestraße 119, 44793 Bochum. Im Falle eines Widerrufs erlischt der Versicherungsschutz und wir werden Ihnen eine etwaig bereits geleistete Prämie erstatten.

#### Einzugsermächtigung:

Ich ermächtige Sie hiermit widerruflich, die Beiträge für obige Versicherungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

#### Zahlungsweise:

(bitte ankreuzen)

monatlich  vierteljährlich  halbjährlich  jährlich

Beim Einmalbeitragstarif EB wird die einmalige Beitragssumme mittels Lastschrift eingezogen.

Name des Kontoinhabers \_\_\_\_\_

Name und Anschrift des Geldinstitutes \_\_\_\_\_

Kontonummer \_\_\_\_\_

Bankleitzahl \_\_\_\_\_

Datum/Unterschrift des Kontoinhabers \_\_\_\_\_