



MITGLIED WERDEN

Versicherungsantrag an:

Unterstützungswerk des DBB-Saar, Hohenzollernstraße 41, 66117 Saarbrücken

Hiermit beantrage ich eine
Neuversicherung / Erhöhung für:

Versicherungssumme
oder Erhöhungsbetrag:

Name, Vorname (Mitglied):

geb. am

Euro

Name, Vorname (Familienmitglied):

geb. am

Euro

Name, Vorname (Familienmitglied):

geb. am

Euro

Name, Vorname (Familienmitglied):

geb. am

Euro

Name, Vorname (Familienmitglied):

geb. am

Euro

Straße, Hausnummer:

PLZ:

Wohnort:

Ich bin Mitglied des/der (Fachgewerkschaft/ Fachverband des DBB):

Eine ärztliche Untersuchung des Gesundheitszustandes findet in der Regel nicht statt. Die Aufnahme in das BeUW-Saar kann von der Vorlage eines ärztlichen Zeugnisses abhängig gemacht werden.



EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats: Mandatsreferenz

1. Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich das Unterstützungswerk des DBB-Saar widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem Konto einzuziehen.

2. SEPA-Lastschriftmandat

Hiermit ermächtige ich das Unterstützungswerk des DBB-Saar Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschriften einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Unterstützungswerk gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungstag, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name, Vorname:

Kontoinhaber:

Straße, Hausnummer:

Name der Bank:

PLZ Wohnort

IBAN:

Telefonnummer:

BIC:

Zahlungsweise:

Monatlich:

Datum:

Vierteljährlich:

Halbjährlich:

Jährlich:

Unterschrift Kontoinhaber: