

Antrag auf Invaliditätsabsicherung mit Unfallrente und Todesfalleistung **KINDER bis 16 Lebensjahr**

24 Stundendeckung mit Einschluss Rennrisiko und Lizenzfahrer

Antragsteller <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau		Titel, Vorname, Zuname		Geburtsdatum		Staatsangehörigkeit		Telefon	
Straße und Haus-Nr.						<input type="checkbox"/> Angestellte <input type="checkbox"/> Selbstständige <input type="checkbox"/> Arbeiter		E-Mail, Internet	
PLZ / Wohnort								Beruf / Branche	
Zu versichernde Person		Vorname, Zuname			Geburtsdatum		m		w

Invaliditätsleistung inkl. Rente		in Kombination mit		Reha Hilfe	
Grundsomme/ Höchstleistung Progression 600%	Rentenleistung bei Invalidität 35% /50% /90% inkl. 5.000€ Todesfalleistung	Monatsbeitrag inkl. 5000€ Todesfalleistung	+		Zusatzbeitrag (siehe Infoblatt)
33.500€/ 201.000€	250€ /500€ /1000€	19,38€ <input type="checkbox"/>			
	375€ /750€ /1500€	26,10€ <input type="checkbox"/>	9,22€ <input type="checkbox"/>		
	500€ /1000€ /2000€	32,84€ <input type="checkbox"/>	8,54€ <input type="checkbox"/>		
50.000 € / 300.000 €	250€ /500€ /1000€	22,02€ <input type="checkbox"/>			9,64€ <input type="checkbox"/>
	375€ /750€ /1500€	28,76€ <input type="checkbox"/>			8,96€ <input type="checkbox"/>
	500€ /1000€/2000€	35,48€ <input type="checkbox"/>			8,28€ <input type="checkbox"/>
67.000 € / 402.000 €	250€ /500€ /1000€	24,76€ <input type="checkbox"/>			9,34€ <input type="checkbox"/>
	375€ /750€ /1500€	31,48€ <input type="checkbox"/>			8,70€ <input type="checkbox"/>
	500€/ 1000€/ 2000€	38,22€ <input type="checkbox"/>			8,02€ <input type="checkbox"/>
50.000€/300.000€		8,54€ <input type="checkbox"/>			10,98€ <input type="checkbox"/>
59.000€/350.400€		10,00€ <input type="checkbox"/>			10,82€ <input type="checkbox"/>
67.000€/402.000€		11,28€ <input type="checkbox"/>			10,72€ <input type="checkbox"/>
75.000€/450.000€		12,56€ <input type="checkbox"/>			10,58€ <input type="checkbox"/>
83.400€/500.200€		13,92€ <input type="checkbox"/>			10,46€ <input type="checkbox"/>
91.700€/550.200€		15,26€ <input type="checkbox"/>			10,30€ <input type="checkbox"/>
100.000€/600.000€		16,58€ <input type="checkbox"/>			10,18€ <input type="checkbox"/>

Inklusive Zusatzleistungen: Kosmetische Operationen bis 5.000€/Bergungskosten (Inland: 25.000€ / Ausland : 50.000€) / Room-in_Leistung / Treue Plus (eingehende Erläuterungen aller Leistungen bitte den bei gehängten Vertragsinformationen entnehmen)

Zahlweise: <input type="checkbox"/> 1/1 <input type="checkbox"/> 1/2 <input type="checkbox"/> 1/4		Beginn des Vertrages:	Vertragslaufzeit: <input type="checkbox"/> 5 Jahre (nach 3 Jahren kündbar) oder <input type="checkbox"/> 1 Jahr (10% Zuschlag)	Beitrag Invalidität		€
Abschlag : -6% -3% -1%				+ Zusatzbeitrag Reha Hilfe		€
				Gesamtbeitrag		€

Monatsbeiträge sind inklusive Motorsportzuschlag / Ratenzahlungszuschlag (6%) / Versicherungssteuer (19%) und Laufzeitrabatt (10%)

„Ergänzend zu Ziffer 4.1.5 der Versicherungsbedingungen KT 03.2017U besteht Versicherungsschutz auch für Unfälle, die der versicherten Person bei der Teilnahme an Motocross-Rennen Cart-Rennen Auto-Rallye Motorrad-Rallye Motorbootrennen Enduro -veranstaltungen und deren Trainingsfahrten zustoßen.

Bezugsberechtigter bei Tod	<input type="checkbox"/> Eltern oder	<input type="checkbox"/> Vorname und Zuname (ggf. auch Geburtsname), Geburtsdatum
----------------------------	--------------------------------------	---

Beitragszahlung: per Lastschrift / Sepa Mandat (**Achtung** : bei monatlicher Zahlweise ist Lastschrift zwingend)
 per Rechnung

Der Antragsteller bestätigt , das er die zugrunde liegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, Besondere Versicherungsbedingungen und Klauseln , sowie die Verbraucher und Produktinformationen zur Datenverarbeitung vor Antragstellung eingesehen und auf seinem Rechner gespeichert oder ausgedruckt hat. Diese sind am Antrag anbei.(diese kann der Versicherungsnehmer jederzeit erneut von dem Versicherungsvermittler in Papier oder elektronischer Form anfordern)

Jeweils eine gewünschte Variante ankreuzen:

Der Antragsteller hat die Versicherungssummen im Antrag selbst ausgewählt. Somit verzichtet er auf eine Beratung und schriftliche Dokumentation durch den Vermittler Enge & Co GmbH. Dieser Verzicht kann sich nachteilig auf die Möglichkeit des Versicherungsnehmers auswirken, Schadensersatzansprüche gegen den Versicherungsvermittler geltend zu machen. Versicherungsschutz wird somit sofort besorgt.

oder Beratungsdokumentation gewünscht (**unbedingt** Kontaktdaten für telefonische Beratung angeben) Versicherungsschutz kommt frühestens zu Stande wenn die Beratungsdokumentation vom Versicherungsnehmer unterschrieben bei Enge & Co GmbH eingegangen ist.

Datum: _____
 (Unterschrift Antragsteller)

 (Unterschrift Vermittler)

Antrag auf Invaliditätsabsicherung mit Unfallrente und Todesfalleistung **Kinder bis 16 Lebensjahr**

24 Stundendeckung mit Einschluss Rennrisiko und Lizenzfahrer

Antragsteller <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Titel, Vorname, Zuname		Geburtsdatum		Staatsangehörigkeit	Telefon
Straße und Haus-Nr.				<input type="checkbox"/> Angestellte <input type="checkbox"/> Selbstständige <input type="checkbox"/> Arbeiter		E-Mail, Internet
PLZ / Wohnort						Beruf / Branche
Zu versichernde Person	Vorname, Zuname			Geburtsdatum	m	w
						Beruf / Branche

Invaliditätsleistung inkl. Rente

Grundsumme/ Höchstleistung Progression 600%	Rentenleistung bei Invalidität 50% /90% 5.000€ Todesfalleistung	Monats- Beitrag inkl. VSt.	Grundsumme/ Höchstleistung Progression 600%	Rentenleistung bei Invalidität 50% /90% 5.000€ Todesfalleistung	Monats- Beitrag inkl. VSt.
25.000€/150.000€	500€/1000€	16,78€ <input type="checkbox"/>	58.400€/350.400€	500€/1000€	22,16€ <input type="checkbox"/>
	625€/1250€	19,84€ <input type="checkbox"/>		625€/1250€	25,20€ <input type="checkbox"/>
	750€/1500€	22,90€ <input type="checkbox"/>		750€/1500€	28,28€ <input type="checkbox"/>
30.000€/180.000€	500€/1000€	17,58€ <input type="checkbox"/>	Nur Invaliditätsleistung		
	625€/1250€	20,64€ <input type="checkbox"/>	50.000€/300.000€		8,54€ <input type="checkbox"/>
	750€/1500€	23,70€ <input type="checkbox"/>	59.000€/354.000€		10,00€ <input type="checkbox"/>
33.500€/201.000€	500€ /1000€	18,14€ <input type="checkbox"/>	67.000€/402.000€		11,28€ <input type="checkbox"/>
	625€/1250€	21,20€ <input type="checkbox"/>	75.000€/450.000€		12,56€ <input type="checkbox"/>
	750€/1500€	24,28€ <input type="checkbox"/>	83.400€/500.400€		13,92€ <input type="checkbox"/>
41.700€/250.000€	500€/1000€	19,46€ <input type="checkbox"/>	91.700€/550.200€		15,26€ <input type="checkbox"/>
	625€/1250€	22,52€ <input type="checkbox"/>	100.000€/600.000€		16,58€ <input type="checkbox"/>
	750€/1500€	25,58€ <input type="checkbox"/>	110.000€/660.000€		18,18€ <input type="checkbox"/>
50.000€/300.000€	500€/1000€	20,80€ <input type="checkbox"/>	120.000€/720.000€		19,80€ <input type="checkbox"/>
	625€/1250€	23,84€ <input type="checkbox"/>			
	750€/1500€	26,92€ <input type="checkbox"/>			

Inklusive Zusatzleistungen: Kosmetische Operationen bis 5.000€/Bergungskosten (Inland: 25.000€ / Ausland : 50.000€) / Room-in_Leistung / Treue Plus (eingehende Erläuterungen aller Leistungen bitte den bei gehängten Vertragsinformationen entnehmen)

Zahlweise: <input type="checkbox"/> 1/1 <input type="checkbox"/> ½ <input type="checkbox"/> ¼	Beginn des Vertrages:	Vertragslaufzeit: <input type="checkbox"/> 5 Jahre (nach 3 Jahren kündbar) oder <input type="checkbox"/> 1 Jahr (10% Zuschlag)	Beitrag Invalidität/ Rente	€
Abschlag : -6% -3% -1%			+Verletztengeld	€
			Gesamtbeitrag	€

Monatsbeiträge sind inklusive Motorsportzuschlag / Ratenzahlungszuschlag (6%) / Versicherungssteuer (19%) und Laufzeitrabatt (10%)

Ergänzend zu Ziffer 4.1.5 der Versicherungsbedingungen KT 03.2017U besteht Versicherungsschutz auch für Unfälle, die der versicherten Person bei der Teilnahme an Motocross-Rennen Cart-Rennen Auto-Rallye Motorrad-Rallye Motorbootrennen Enduro -veranstaltungen und deren Trainingsfahrten zustoßen.

Bezugsberechtigter bei Tod	<input type="checkbox"/> Eltern oder	<input type="checkbox"/> Vorname und Zuname (ggf. auch Geburtsname), Geburtsdatum
----------------------------	--------------------------------------	---

Beitragszahlung: per Lastschrift / Sepa Mandat (**Achtung** : bei monatlicher Zahlweise ist Lastschrift zwingend)
 per Rechnung

Der Antragsteller bestätigt , das er die zugrunde liegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, Besondere Versicherungsbedingungen und Klauseln , sowie die Verbraucher und Produktinformationen zur Datenverarbeitung vor Antragstellung eingesehen und auf seinem Rechner gespeichert oder ausgedruckt hat. Diese sind am Antrag anbei.(diese kann der Versicherungsnehmer jederzeit erneut von dem Versicherungsvermittler in Papier oder elektronischer Form anfordern)

Jeweils eine gewünschte Variante ankreuzen:

Der Antragsteller hat die Versicherungssummen im Antrag selbst ausgewählt. Somit verzichtet er auf eine Beratung und schriftliche Dokumentation durch den Vermittler Enge & Co GmbH. Dieser Verzicht kann sich nachteilig auf die Möglichkeit des Versicherungsnehmers auswirken, Schadensersatzansprüche gegen den Versicherungsvermittler geltend zu machen. Versicherungsschutz wird somit sofort besorgt.

oder Beratungsdokumentation gewünscht (**unbedingt** Kontaktdaten für telefonische Beratung angeben) Versicherungsschutz kommt frühestens zu Stande wenn die Beratungsdokumentation vom Versicherungsnehmer unterschrieben bei Enge & Co GmbH eingegangen ist.

Datum: _____ (Unterschrift Antragsteller) _____ (Unterschrift Vermittler)

Antrag auf Invaliditätsabsicherung mit Unfallrente und Todesfalleistung **KINDER bis 16 Lebensjahr**

24 Stundendeckung mit Einschluss Rennrisiko und Lizenzfahrer

Antragsteller <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Titel, Vorname, Zuname		Geburtsdatum		Staatsangehörigkeit	Telefon
Straße und Haus-Nr.				<input type="checkbox"/> Angestellte <input type="checkbox"/> Selbstständige <input type="checkbox"/> Arbeiter		E-Mail, Internet
PLZ / Wohnort						Beruf / Branche
Zu versichernde Person	Vorname, Zuname			Geburtsdatum	m	w
Beruf / Branche						

Invaliditätsleistung inkl. Rente		in Kombination mit		Rhea Hilfe
Grundsomme/ Höchstleistung Progression 400%	Rentenleistung bei Invalidität 35% /50% /90% inkl. 5.000€ Todesfalleistung	Monatsbeitrag inkl. 5000€ Todesfalleistung		Zusatzbeitrag (siehe Infoblatt)
33.500€ / 134.000€	250€ /500€ /1000€	18,80€ <input type="checkbox"/>	+	9,96€ <input type="checkbox"/>
	375€ /750€ /1500€	25,54€ <input type="checkbox"/>		9,28€ <input type="checkbox"/>
	500€ /1000€ /2000€	32,28€ <input type="checkbox"/>		8,58€ <input type="checkbox"/>
50.000 € / 200.000 €	250€ /500€ /1000€	21,16€ <input type="checkbox"/>		9,74€ <input type="checkbox"/>
	375€ /750€ /1500€	27,90€ <input type="checkbox"/>		9,04€ <input type="checkbox"/>
	500€ /1000€/2000€	34,62€ <input type="checkbox"/>		8,38€ <input type="checkbox"/>
67.000 € / 268.000 €	250€ /500€ /1000€	23,60€ <input type="checkbox"/>		9,48€ <input type="checkbox"/>
	375€ /750€ /1500€	30,34€ <input type="checkbox"/>		8,82€ <input type="checkbox"/>
	500€/ 1000€/ 2000€	37,08€ <input type="checkbox"/>		8,14€ <input type="checkbox"/>
50.000€/200.000€		7,68 <input type="checkbox"/>		11,08€ <input type="checkbox"/>
59.000€/236.00€		9,00€ <input type="checkbox"/>		10,92€ <input type="checkbox"/>
67.000€/268.000€		10,14€ <input type="checkbox"/>		10,82€ <input type="checkbox"/>
75.000€/300.000€		11,28€ <input type="checkbox"/>	10,72€ <input type="checkbox"/>	
83.400€/333.600€		12,50€ <input type="checkbox"/>	10,58€ <input type="checkbox"/>	
91.700€/366.800€		13,68€ <input type="checkbox"/>	10,48€ <input type="checkbox"/>	
100.000€/400.000€		14,88€ <input type="checkbox"/>	10,34€ <input type="checkbox"/>	

Inklusive Zusatzleistungen: Kosmetische Operationen bis 5.000€/Bergungskosten (Inland: 25.000€ / Ausland : 50.000€) / Room-in Leistung / Treue Plus (eingehende Erläuterungen aller Leistungen bitte den bei gehängten Vertragsinformationen entnehmen)

Zahlweise: <input type="checkbox"/> 1/1 <input type="checkbox"/> 1/2 <input type="checkbox"/> 1/4	Beginn des Vertrages: _____	Vertragslaufzeit: <input type="checkbox"/> 5 Jahre (nach 3 Jahren kündbar) oder <input type="checkbox"/> 1 Jahr (10% Zuschlag)	Beitrag Invalidität	€
Abschlag : -6% -3% -1%			+ Zusatzbeitrag Rhea Hilfe	€
			Gesamtbeitrag	€

Monatsbeiträge sind inklusive Motorsportzuschlag / Ratenzahlungszuschlag (6%) / Versicherungssteuer (19%) und Laufzeitrabatt (10%)

Ergänzend zu Ziffer 4.1.5 der Versicherungsbedingungen KT 03.2017U besteht Versicherungsschutz auch für Unfälle, die der versicherten Person bei der Teilnahme an Motocross-Rennen Cart-Rennen Auto-Rallye Motorrad-Rallye Motorbootrennen Enduro -veranstaltungen und deren Trainingsfahrten zustoßen.

Bezugsberechtigter bei Tod	<input type="checkbox"/> Eltern oder	<input type="checkbox"/> Vorname und Zuname (ggf. auch Geburtsname), Geburtsdatum
----------------------------	--------------------------------------	---

Beitragszahlung: per Lastschrift / Sepa Mandat (**Achtung** : bei monatlicher Zahlweise ist Lastschrift zwingend)
 per Rechnung

Der Antragsteller bestätigt, das er die zugrunde liegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, Besondere Versicherungsbedingungen und Klauseln, sowie die Verbraucher und Produktinformationen zur Datenverarbeitung vor Antragstellung eingesehen und auf seinem Rechner gespeichert oder ausgedruckt hat. Diese sind am Antrag anbei. (diese kann der Versicherungsnehmer jederzeit erneut von dem Versicherungsvermittler in Papier oder elektronischer Form anfordern)

Jeweils eine gewünschte Variante ankreuzen:

Der Antragsteller hat die Versicherungssummen im Antrag selbst ausgewählt. Somit verzichtet er auf eine Beratung und schriftliche Dokumentation durch den Vermittler Enge & Co GmbH. Dieser Verzicht kann sich nachteilig auf die Möglichkeit des Versicherungsnehmers auswirken, Schadensersatzansprüche gegen den Versicherungsvermittler geltend zu machen. Versicherungsschutz wird somit sofort besorgt.

oder Beratungsdokumentation gewünscht (**unbedingt** Kontaktdaten für telefonische Beratung angeben) Versicherungsschutz kommt frühestens zu Stande wenn die Beratungsdokumentation vom Versicherungsnehmer unterschrieben bei Enge & Co GmbH eingegangen ist.

Datum: _____

 (Unterschrift Antragsteller)

 (Unterschrift Vermittler)

Antrag auf Invaliditätsabsicherung mit Unfallrente und Todesfalleistung Kinder bis 16 Lebensjahr

24 Stundendeckung mit Einschluss Rennrisiko und Lizenzfahrer

Antragsteller <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau		Titel, Vorname, Zuname		Geburtsdatum		Staatsangehörigkeit		Telefon	
Straße und Haus-Nr.						<input type="checkbox"/> Angestellte <input type="checkbox"/> Selbstständige <input type="checkbox"/> Arbeiter		E-Mail, Internet	
PLZ / Wohnort								Beruf / Branche	
Zu versichernde Person		Vorname, Zuname			Geburtsdatum		m		w

Invaliditätsleistung inkl. Rente

Grundsumme/ Höchstleistung Progression 400%	Rentenleistung bei Invalidität 50% /90% 5.000€ Todesfalleistung	Monats- Beitrag inkl. VSt.	Grundsumme/ Höchstleistung Progression 400%	Rentenleistung bei Invalidität 50% /90% 5.000€ Todesfalleistung	Monats- Beitrag inkl. VSt.
25.000€/100.000€	500€/1000€	16,36€ <input type="checkbox"/>	58.400€/233.600€	500€/1000€	21,16€ <input type="checkbox"/>
	625€/1250€	19,42€ <input type="checkbox"/>		625€/1250€	24,20€ <input type="checkbox"/>
	750€/1500€	22,46€ <input type="checkbox"/>		750€/1500€	27,28€ <input type="checkbox"/>
30.000€/120.000€	500€/1000€	17,06€ <input type="checkbox"/>	Nur Invaliditätsleistung		
	625€/1250€	20,14€ <input type="checkbox"/>	50.000€/200.000€		7,68€ <input type="checkbox"/>
	750€/1500€	23,18€ <input type="checkbox"/>	59.000€/236.000€		9,00€ <input type="checkbox"/>
33.500€/134.000€	500€/1000€	17,56€ <input type="checkbox"/>	67.000€/268.000€		10,14€ <input type="checkbox"/>
	625€/1250€	20,64€ <input type="checkbox"/>	75.000€/300.000€		11,28€ <input type="checkbox"/>
	750€/1500€	23,70€ <input type="checkbox"/>	83.400€/333.600€		12,50€ <input type="checkbox"/>
41.700€/166.800€	500€/1000€	18,76€ <input type="checkbox"/>	91.700€/366.800€		13,68€ <input type="checkbox"/>
	625€/1250€	21,80€ <input type="checkbox"/>	100.000€/400.000€		14,88€ <input type="checkbox"/>
	750€/1500€	24,88€ <input type="checkbox"/>	110.000€/440.000€		16,32€ <input type="checkbox"/>
50.000€/200.000€	500€/1000€	19,94€ <input type="checkbox"/>	120.000€/480.000€		17,76€ <input type="checkbox"/>
	625€/1250€	23,02€ <input type="checkbox"/>			
	750€/1500€	26,04€ <input type="checkbox"/>			

Inklusive Zusatzleistungen: Kosmetische Operationen bis 5.000€/Bergungskosten (Inland: 25.000€ / Ausland : 50.000€) / Room-in_Leistung / Treue Plus (eingehende Erläuterungen aller Leistungen bitte den bei gehängten Vertragsinformationen entnehmen)

Zahlweise: <input type="checkbox"/> 1/1 <input type="checkbox"/> 1/2 <input type="checkbox"/> 1/4	Beginn des Vertrages: _____	Vertragslaufzeit: <input type="checkbox"/> 5 Jahre (nach 3 Jahren kündbar) oder <input type="checkbox"/> 1 Jahr (10% Zuschlag)	Beitrag Invalidität/ Rente	€
Abschlag : -6% -3% -1%			+Verletztengeld	€
			Gesamtbeitrag	€

Monatsbeiträge sind inklusive Motorsportzuschlag / Ratenzahlungszuschlag (6%) / Versicherungssteuer (19%) und Laufzeitrabatt (10%)

Ergänzend zu Ziffer 4.1.5 der Versicherungsbedingungen KT03.2017U besteht Versicherungsschutz auch für Unfälle, die der versicherten Person bei der Teilnahme an Motocross-Rennen Cart-Rennen Auto-Rallye Motorrad-Rallye Motorbootrennen Enduro -veranstaltungen und deren Trainingsfahrten zustoßen.

Bezugsberechtigter bei Tod	<input type="checkbox"/> Eltern oder	<input type="checkbox"/> Vorname und Zuname (ggf. auch Geburtsname), Geburtsdatum
----------------------------	--------------------------------------	---

Beitragszahlung: per Lastschrift / Sepa Mandat (**Achtung** : bei monatlicher Zahlweise ist Lastschrift zwingend)
 per Rechnung

Der Antragsteller bestätigt , das er die zugrunde liegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, Besondere Versicherungsbedingungen und Klauseln , sowie die Verbraucher und Produktinformationen zur Datenverarbeitung vor Antragstellung eingesehen und auf seinem Rechner gespeichert oder ausgedruckt hat. Diese sind am Antrag anbei.(diese kann der Versicherungsnehmer jederzeit erneut von dem Versicherungsvermittler in Papier oder elektronischer Form anfordern)

Jeweils eine gewünschte Variante ankreuzen:

Der Antragsteller hat die Versicherungssummen im Antrag selbst ausgewählt. Somit verzichtet er auf eine Beratung und schriftliche Dokumentation durch den Vermittler Enge & Co GmbH. Dieser Verzicht kann sich nachteilig auf die Möglichkeit des Versicherungsnehmers auswirken, Schadensersatzansprüche gegen den Versicherungsvermittler geltend zu machen. Versicherungsschutz wird somit sofort besorgt.

oder Beratungsdokumentation gewünscht (**unbedingt** Kontaktdaten für telefonische Beratung angeben) Versicherungsschutz kommt frühestens zu Stande wenn die Beratungsdokumentation vom Versicherungsnehmer unterschrieben bei Enge & Co GmbH eingegangen ist.

Datum: _____ (Unterschrift Antragsteller) _____ (Unterschrift Vermittler)

Hinweise und Erläuterungen zum SEPA-Basislastschriftmandat

1 Interner Vermerk

2 Rücksendeadresse

3 Gläubiger-Identifikationsnummer

Diese Kennung weist uns eindeutig als Zahlungsempfänger aus. Unter dieser Nummer sind wir bei der Deutschen Bundesbank registriert.

4 Mandatsreferenznummer

Diese Nummer vergeben wir zu Ihrem SEPA-Basislastschriftmandat. Wenn Sie mit uns über den Auftrag sprechen, nennen Sie sie uns bitte.

5 Kontoinhaber

Hier tragen Sie bitte Ihre Adresse ein.

Wenn Sie selbst der Versicherungsnehmer sind, kreuzen Sie „ja“ an. Möchten Sie für einen anderen Versicherungsnehmer den Beitrag zahlen, kreuzen Sie „nein“ an.

6 De-Mail-Adresse

Eine De-Mail-Adresse garantiert eine einfache, sichere, nachweisbare und schnelle Kommunikation zwischen uns und Ihnen, um vertrauliche Nachrichten und Dokumente austauschen zu können.

7 Bankdaten

Hier tragen Sie Ihre IBAN und Ihren BIC ein.

8 Zahlungsdetails


Hier können Sie festlegen, an welchem Tag im Monat der Beitrag abgebucht werden soll.

9 Unterschriftsbereich

Durch Ihre Unterschrift mit Angabe von Ort und Datum bestätigen Sie die Richtigkeit der Angaben.

1 DMS 06032

Vorname, Name des Versicherungsnehmers
(wird vom Vermittler ausgefüllt)

Deutsche Post  ANTWORT

2 ERGO Versicherungsgruppe AG
40198 Düsseldorf

3 Gläubiger-ID
DE75ZZZ00000012102
DE05ZZZ00000012101
DE32ZZZ00000012100
DE95ZZZ00000012130
DE41ZZZ00000012132
DE14ZZZ00000012133
DE48ZZZ00000012103
DE71ZZZ000000190654

SEPA-Basislastschriftmandat für wiederkehrende Zahlung

Zahlungsempfänger
ERGO Lebensversicherung AG, Überseering 45, 22297 Hamburg
ERGO Versicherung AG, Victoriaplatz 2, 40477 Düsseldorf
D.A.S. Rechtsschutz Versicherung AG, Thomas-Dehler-Straße 2, 81737 München
DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Aachener Straße 300, 50933 Köln
ERGO Pensionskasse AG, Victoriaplatz 2, 40477 Düsseldorf
Hamburg-Mannheimer Pensionskasse AG, Überseering 45, 22297 Hamburg
Victoria Lebensversicherung AG, Victoriaplatz 2, 40477 Düsseldorf
Europäische Reiseversicherung AG, Rosenheimer Straße 116, 81669 München

Der Kontoinhaber erteilt je Vertrag ein Mandat. Das jeweilige Mandat wird nur dem Zahlungsempfänger erteilt, mit dem ein Vertrag geschlossen wird/besteht.

4 **Mandatsreferenznummer:** Ihre Mandatsreferenznummer(n) erhalten Sie nachträglich.

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von den Zahlungsempfängern auf mein/unser Konto gezogene Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Der Lastschrifteinzug wird spätestens fünf Kalendertage im Voraus unter Angabe der weiteren Fälligkeitstermine angekündigt.

5 **Kontoinhaber**

Frau Herr Firma _____
Vorname

Name, Firma ja nein
Ich bin Versicherungsnehmer

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

6 De-Mail-Adresse (optionale Angabe)

7
IBAN

7
BIC

7 Name des Kreditinstituts

8 Das oben angegebene Konto soll zum 1. 8. 16. 24. des Fälligkeitsmonats belastet werden.

9 Ort, Datum Unterschrift des Kontoinhabers

1 DMS 14000