

Beitrittserklärung

BITTE LESERLICH UND IN DRUCKBUCHSTABEN (BLOCKSCHRIFT) AUSFÜLLEN!

Die **verbraucherberatungsstelle für versicherungen e.v.**® legt großen Wert auf den Schutz Ihrer Daten und verpflichtet sich diese streng vertraulich zu behandeln, diese nur zum Zwecke der Beratung und der damit verbundenen Maßnahmen zu verwenden und sie nicht an Unbefugte oder zu Werbezwecken weiterzugeben.

Anrede / Titel	Name	Vorname	Geburtsdatum	Beruf	
Straße		PLZ	Ort		
Telefon		E-Mail			
<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer	<input type="checkbox"/> Beamter / Öffentl. Dienst	<input type="checkbox"/> Selbständig	<input type="checkbox"/> Ausbildung / Studium	<input type="checkbox"/> Rentner / Pensionär	<input type="checkbox"/> ohne Arbeit
Nachfolgend Ehegatte(in) / Eheähnliche(r) Lebenspartner(in) im Haushalt (ist im Mitgliedsbeitrag mit enthalten):					
Anrede / Titel	Name	Vorname	Geburtsdatum	Beruf	
<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer	<input type="checkbox"/> Beamter / Öffentl. Dienst	<input type="checkbox"/> Selbständig	<input type="checkbox"/> Ausbildung / Studium	<input type="checkbox"/> Rentner / Pensionär	<input type="checkbox"/> ohne Arbeit

Ja / **Nein für:** Sind oder waren Sie oder Ihre Ehegatte(in) / Lebenspartner(in) in der Finanzdienstleistungs- / Versicherungsbranche tätig?

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft bei der **verbraucherberatungsstelle für versicherungen e.v.**® als

Premium-Mitgliedschaft für Privatpersonen und zahle den Mitgliedsbeitrag in Höhe von 128,- p.a.

Beginn der Mitgliedschaft:

Die Mitgliedschaft beginnt frühestens durch Annahme der Beitrittserklärung durch den Vorstand in Textform.

Hiermit ermächtige(n) ich / wir die **verbraucherberatungsstelle für versicherungen e.v.**®, den Mitgliedsbeitrag mittels Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger **verbraucherberatungsstelle für versicherungen e.v.**® auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Beitrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Die Gläubiger-Identifikationsnummer des Zahlungsempfängers (**verbraucherberatungsstelle für versicherungen e.v.**®) lautet: DE83ZZZ00001196619 Die Mandatsreferenznummer wird Ihnen gesondert mit der Annahme übersendet.

Name und Ort des Kreditinstituts	BIC	IBAN DE	Bankleitzahl	Kontonummer

Hiermit bestätige ich, dass ich die Erstinformation gemäß § 15 Abs. 1 VersVermV, Datenschutzerklärung, die rechtlichen Hinweise, Vereinsatzung, vor Beantragung meiner Mitgliedschaft per Download unter www.vbfv.de erhalten, gelesen und zur Kenntnis genommen habe, diese hiermit anerkenne und genehmige. Die Leistungsübersicht habe ich gelesen.

Ich bin bis zum Widerruf damit einverstanden, dass mich die **verbraucherberatungsstelle für versicherungen e.v.**® per Post, Telefon und E-Mail zu meinen Anfragen sowie Beratungen kontaktieren darf. Voraussetzung für Beratung!

Ich möchte zukünftig bis zum Widerruf den Newsletter der **verbraucherberatungsstelle für versicherungen e.v.**® erhalten.

Bitte senden Sie uns die ausgefüllte und unterschriebene Beitrittserklärung an eine der Adressen wie nachfolgend angegeben:

Per Post an **verbraucherberatungsstelle für versicherungen e.v.**®, Postfach 540226 in 22502 Hamburg.

oder eingescannt per E-Mail an info@vbfv.de.

Bei der Zusendung per E-Mail kann es zu Übertragungs- / Zustellungsfehlern kommen. Wir bitten Sie daher, sollten Sie innerhalb von fünf Tagen nach Ihrer Übersendung keine „Bestätigung“ von uns erhalten haben, sich unter der Rufnummer 040 / 54 76 32 79 mit uns in Verbindung zu setzen.

Ort / Datum *	Unterschrift*	Unterschrift Kontoinhaber*