

<p>Antrag auf eine Sterbegeldversicherung beim Versicherungsverein "Kurhessische Poststerbekasse" in Kassel in Höhe von</p> <p>..... €</p> <p>Versicherungsklasse (Beitragstarif s. unten)</p> <p>Versicherungsbeginn:</p> <p>Familienname: (auch Geburtsname):</p> <p>Vorname:</p> <p>weiblich: <input type="checkbox"/> männlich: <input type="checkbox"/> (bitte auswählen)</p> <p>Straße / Nr.:</p> <p>PLZ / Ort:</p> <p>Telefon:</p> <p>E-Mail:</p> <p>Geb. am:</p> <p>Geburtsort:</p> <p>Zahlungsweise: monatlich <input type="checkbox"/> halbjährlich <input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/></p> <p>(Bitte den Abrechnungszeitraum auswählen)</p>	<p style="text-align: center;">Nicht vom Antragsteller auszufüllen</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;"> Beitragsberechnung: für Sterbegeld € Mitgl.-Nr: = € Beitrag </td> <td style="width: 20%; vertical-align: top;"> Aufgenommen am: L </td> </tr> <tr> <td> Nur, wenn zutreffend - bei bereits bestehender Mitgliedschaft - € Zusatz-.Nr. = € Beitrag </td> <td style="vertical-align: top;"> EDV: Police: </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> zusammen: = € Sterbegeld = € Beitrag (neu) </td> </tr> </table> <p>Ich erkläre hiermit, dass ich auf eine besondere Beratung im Zusammenhang mit dem Abschluss des Versicherungsvertrages und auf eine Beratung während der Laufzeit des Versicherungsvertrages verzichte - siehe § 6 Ziffer 3 und 4 des Versicherungsvertragsgesetz (VVG) -. Alle meinen Versicherungsvertrag betreffenden Informationen, Erklärungen und Erläuterungen – s. auch Produktinformationsblatt - sind mir mit diesem Aufnahmeantrag bekannt gemacht worden bzw. habe ich gelesen. Sie sind wichtiger Bestandteil des Versicherungsvertrages und enthalten Verbraucherinformationen, Ermächtigungen zum Datenschutz sowie weitere wichtige Hinweise u. a. zum Widerrufsrecht. Diese Ausführungen werden mit meiner Unterschrift zum Inhalt meines Antrages.</p> <p>....., den</p> <p>.....</p> <p>Unterschrift - Vor- u. Zuname (bei Minderjährigen gesetzlicher Vertreter)</p> <p>Antrag senden an: Versicherungsverein "Kurhessische Poststerbekasse" Wilhelmsstraße 6 34117 Kassel</p>	Beitragsberechnung: für Sterbegeld € Mitgl.-Nr: = € Beitrag	Aufgenommen am: L	Nur, wenn zutreffend - bei bereits bestehender Mitgliedschaft - € Zusatz-.Nr. = € Beitrag	EDV: Police:	zusammen: = € Sterbegeld = € Beitrag (neu)	
Beitragsberechnung: für Sterbegeld € Mitgl.-Nr: = € Beitrag	Aufgenommen am: L						
Nur, wenn zutreffend - bei bereits bestehender Mitgliedschaft - € Zusatz-.Nr. = € Beitrag	EDV: Police:						
zusammen: = € Sterbegeld = € Beitrag (neu)							

Versicherungsgruppe E Beitragstarif
- gültig ab 22. Dezember 2012 -
Mindestversicherungssumme 500 €
Höchstversicherungssumme 6.500 € - einschl. der bis zum 21.12.2012 abgeschl. Versicherungen -

Monatsbeiträge für je 500 € Versicherungssumme *)											
Alter	Klasse	€	Alter	Klasse	€	Alter	Klasse	€	Alter	Klasse	€
1	MF1	0,38	16	MF16	0,54	31	MF31	0,82	46	MF46	1,36
2	MF2	0,38	17	MF17	0,56	32	MF32	0,84	47	MF47	1,42
3	MF3	0,39	18	MF18	0,57	33	MF33	0,87	48	MF48	1,47
4	MF4	0,40	19	MF19	0,59	34	MF34	0,90	49	MF49	1,53
5	MF5	0,41	20	MF20	0,60	35	MF35	0,93	50	MF50	1,59
6	MF6	0,42	21	MF21	0,62	36	MF36	0,96	51	MF51	1,66
7	MF7	0,43	22	MF22	0,63	37	MF37	0,99	52	MF52	1,73
8	MF8	0,44	23	MF23	0,65	38	MF38	1,02	53	MF53	1,80
9	MF9	0,45	24	MF24	0,67	39	MF39	1,06	54	MF54	1,88
10	MF10	0,46	25	MF25	0,69	40	MF40	1,10	55	MF55	1,96
11	MF11	0,48	26	MF26	0,71	41	MF41	1,14	56	MF56	2,05
12	MF12	0,49	27	MF27	0,73	42	MF42	1,18	57	MF57	2,14
13	MF13	0,50	28	MF28	0,75	43	MF43	1,22	58	MF58	2,24
14	MF14	0,51	29	MF29	0,77	44	MF44	1,26	59	MF59	2,34
15	MF15	0,53	30	MF30	0,79	45	MF45	1,31			

Versicherungsverein Kurhessische Poststerbekasse

Wilhelmsstr. 6 34117 Kassel

Unsere Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 59ZZZ00000490406

Die Mandatsreferenznummer wird Ihnen in einem gesonderten Schreiben mitgeteilt

Erteilung eines SEPA Lastschriftmandats für den Einzug von SEPA Basis Lastschriften für die gesamte Geschäftsverbindung

Dieses Mandat gilt für sämtliche Forderungen des oben genannten Gläubigers aus der gesamten - eventuell bereits bestehenden - Geschäftsverbindung mit dem Vertragspartner, soweit für diese Geschäftsverbindung die unten stehende Kontoverbindung wirksam als SEPA Lastschrifteinzugskonto angegeben worden ist.

Ich ermächtige den Versicherungsverein Kurhessische Poststerbekasse wiederkehrende Zahlungen von meinem Konto mittels SEPA Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom oben genannten Gläubiger auf mein Konto gezogenen SEPA Lastschriften einzulösen.

Hinweis zum SEPA Lastschriftmandat.

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.

Bankverbindungsdaten zahlungspflichtiger Kontoinhaber

Kreditinstitut (Name)

DE | _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _

IBAN

Ort und Datum

Unterschrift des zahlungspflichtigen Kontoinhabers

Vor dem ersten Einzug einer SEPA Basislastschrift wird die Kurhessische Poststerbekasse an den zahlungspflichtigen Kontoinhaber rechtzeitig (min. 3 Tage) vor dem Fälligkeitstermin von der SEPA Lastschrift eine Vorabinformation über den Betrag und den jeweiligen Fälligkeitsterminen absenden.

Falls der zahlungspflichtige Kontoinhaber, der dieses SEPA Lastschriftmandat erteilt nicht zugleich der Vertragspartner sondern ein sogenannter **abweichender Kontoinhaber** ist, müssen ergänzend auch nachfolgende Angaben mitgeteilt werden:

Name, Vorname (Kontoinhaber)

Straße, PLZ, Ort