

Aufnahmeantrag VdVA-Fördermitgliedschaft für Verbände

Verbandsname			
Straße, Haus-Nr.		PLZ	Ort
Rechtsform	E-Mail		
Telefon	Fax	Ansprechpartner/in <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	
Jahresbeitrag 60,- zzgl. MwSt.		Anzahl der Mitglieder:	

SEPA-Mandat (Ermächtigung zum Beitragseinzug)

Zahlungsempfänger:

Versorgungswerk für deutsche Verbände und Arbeitgeber e.V. (VdVA), (im Folgenden kurz VdVA genannt),
Vereinsadresse: Haselweg 6, D-58849 Herscheid, Telefon +49 (0) 2357-6016 052, E-Mail: service@vdva-versorgungswerk.de,
Internet: www.vdva-versorgungswerk.de, Satzung: www.vdva-versorgungswerk.de/satzung.pdf
Der Sitz des Vereins ist Baden-Baden. Er ist eingetragen im Vereinsregister des Amtsgerichts Mannheim unter der Vereinsregister-Nr. 702839.

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE39 001 0000 0209 757

Mandatsreferenz: (Die Mandatsreferenz wird Ihnen vor dem ersten SEPA-Lastschrifteinzug separat mitgeteilt.)

Zahlungsart - Jahresbeitrag

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

Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass die Frist, mit der mir/uns der SEPA-Lastschrifteinzug spätestens vorab angekündigt wird, auf fünf Tage verkürzt wird.

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

Name Kontoinhaber		Geldinstitut	
IBAN	LKZ	Prüf.	BLZ
Kontonummer		zusätzlich Auslands-IBAN	
D E		BIC	
Ort, Datum		Unterschrift Kontoinhaber	

Schlusserklärung des Antragstellers

Ich/wir habe(n) eine Kopie des Aufnahmeantrags einschließlich der Vereinssatzung erhalten. Mit meiner/unserer Unterschrift erkläre(n) ich/wir, dass ich/wir die Satzung in der gültigen Fassung anerkenne(n) und mich/uns zwei Monate an diesen Antrag gebunden halte(n).

Die Mitgliedschaft beginnt zum Ersten des Monats nach Antragstellung.

Ort, Datum	Unterschrift(en) Antragsteller	Stempel
------------	--------------------------------	---------

Liste zu versichernder Personen VdVA-Kollektivvertrag - Verbandsmitarbeiter

Erstanmeldung

Nachmeldung

Zu versichernde Personen

Nr.	Name, Vorname(n)	Geburtsdatum	Status*
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

* Statusbezeichnungen für den berechtigten Personenkreis

A	Arbeitnehmer des obenstehend genannten Verbands
B	Vorstandsmitglied des obenstehend genannten Verbands
C	arbeitnehmerähnliche Selbstständige, die überwiegend für den obenstehenden genannten Verband tätig sind
D	Ehegatte bzw. Lebensgefährte/Kind einer Person des vorge-nannten Personenkreises

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung zur Erhebung, Speicherung und Nutzung personenbezogener Daten

Ich/Wir willige/n ein, dass 1. VdVA, die Daten der nebenstehenden Personen zum Zwecke der ordnungsgemäßen Bearbeitung von Anmeldungen zu Kollektiv-Lebens-/Rentenversicherungsverträgen, ferner Daten, die sich aus der Durchführung dieser Verträge ergeben, speichert und verarbeitet; 2. VdVA diese Daten zu den genannten Zwecken an Versicherer übermittelt, mit denen VdVA Kollektivverträge unterhält und diese Daten dort gespeichert, verarbeitet und zur Durchführung des Vertragsverhältnisses genutzt werden können.

Weitere Personen bitte ggf. auf gesondertem Beiblatt angeben.

Bestätigung des Vermittlers

Ich bestätige, dass die Voraussetzungen für die Aufnahme der zu versichernden Person(en) in den Kollektivvertrag erfüllt sind.

Stempel	Agentur-Nr.	Ort, Datum
	Unterschrift	Unterschrift Verband