



Aktenzeichen:

Antrag auf Zusatzversicherung			
A. Angaben zur Person			
Antragsteller			
Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname)			Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort			Geburtsort
Staatsangehörigkeit	Telefon Vorwahl/Rufnummer	Telefax Vorwahl/Rufnummer	
B. Angaben zur Zusatzversicherung			
Ich beantrage die Zusatzversicherung als			
<input type="checkbox"/> Unternehmer/regelmäßig wie ein Unternehmer selbständig Tätiger			
<input type="checkbox"/> im Unternehmen arbeitender Ehegatte/Lebenspartner			
<input type="checkbox"/> nicht nur vorübergehend arbeitender Familienangehöriger <u>ohne Arbeitsvertrag</u>			
<input type="checkbox"/> freiwillig Versicherter			
eines der Berufsgenossenschaft angehörenden Unternehmens.			

Name und Anschrift des Unternehmens			
Gewünschte zusätzliche Versicherungssumme _____ €			
Die Zusatzversicherung ist nur für volle 100,00 € möglich. Sie muss mindestens 2.500,00 € und darf höchstens 50.000,00 € betragen.			
Die Zusatzversicherung soll beginnen <input type="checkbox"/> zum frühestmöglichen Zeitpunkt			
<input type="checkbox"/> erst ab _____			
Tag, Monat, Jahr			



Aktenzeichen:

C. SEPA–Lastschriftmandat

Mandatsreferenznummer: Wird von der SVLFG separat mitgeteilt.

Ich ermächtige die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)

- laufende Forderungen für die Berufsgenossenschaft
(Gläubiger - Identifikationsnr.: DE56LBG00000143200)
- einmalig eine Forderung Alterskasse
(Gläubiger - Identifikationsnr.: DE56LAK00000143200)
- Kranken-/Pflegekasse
(Gläubiger - Identifikationsnr.: DE56LKK00000143200)

von dem genannten Konto einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der SVLFG auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. 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.

Kontoinhaber

Anschrift des Kontoinhabers

Name und Sitz der Bank

IBAN

BIC

Kontoinhaber ist nicht identisch mit Zahlungspflichtigem, das SEPA-Lastschriftmandat gilt daher für

Zahlungspflichtiger

Mitgliedsnummer

Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

D. Unterschrift

Datum

Unterschrift

Um Sie umfassend beraten und betreuen zu können, sind wir darauf angewiesen, Daten zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen. Dabei beachten wir die für uns geltenden Datenschutzbestimmungen.