



**Angaben zum Antragsteller:**

Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
Telefon/Fax \_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

**Vertriebspartner: 2111**

IAK GmbH  
Horster Str. 26-28  
46236 Bottrop  
Tel. (02041) 77 447 - 22

Neuaufnahme: \*   
Erweiterungsantrag: \*   
Mitglieds-Nr.: \_\_\_\_\_  
Vertragsbeginn: 01.

\*Zutreffendes bitte ankreuzen

**Angaben der zu versichernden Personen:**

Name/Geburtsname	Vorname	Geburtsdatum	Versicherungs- summe (€)	Tarif 15	Tarif 16	Monats- beitrag (€)	Hier Unterschrift nicht vergessen!
<input type="radio"/> männlich* <input type="radio"/> weiblich*							X
<input type="radio"/> männlich* <input type="radio"/> weiblich*							X
<input type="radio"/> männlich* <input type="radio"/> weiblich*							X

\*Zutreffendes bitte ankreuzen

Erläuterung: Tarif 15 = Beitragszahlung bis zum 85. Lebensjahr · Tarif 16 = Beitragszahlung bis zum 65. Lebensjahr

**Kindermitversicherung:**

Die beantragten Kindermitversicherungen sollen mit Vollendung des 14. Lebensjahres Vollversicherungen werden.

ja  nein (Gewünschtes bitte ankreuzen)

**Datenschutz:**

Ich willige ein, dass die im Zusammenhang mit der Versicherung stehenden Daten gespeichert und für interne Zwecke weiter verarbeitet werden.

**Erklärung:**

Mit meiner Unterschrift erkläre ich den Beitritt in die SOLIDAR Versicherungsgemeinschaft. Es ist mir bekannt, dass die Höchstsumme des Sterbegeldes 8.000 € pro versicherter Person beträgt.

Ich bestätige hiermit, dass ich die Satzung und das Produktinformationsblatt mit dem Antrag erhalten habe.

**Widerspruchsrecht:**

Ich kann meinen Antrag innerhalb von 30 Tagen ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs an die SOLIDAR Versicherungsgemeinschaft, Sterbegeldversicherung VVaG, Alleestraße 119, 44793 Bochum.

Außerdem habe ich nach Erhalt des Versicherungsscheines ein Widerspruchsrecht innerhalb von 14 Tagen.

**Einzugsermächtigung:**

Ich ermächtige Sie hiermit widerruflich, die Beiträge für obige Versicherungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

**Zahlungsweise:**

monatlich  vierteljährlich  halbjährlich  jährlich  
(bitte ankreuzen)

\_\_\_\_\_  
Name und Anschrift des Geldinstitutes

\_\_\_\_\_  
Konto-Nummer

\_\_\_\_\_  
Bankleitzahl

X \_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift des Kontoinhabers