

BEITRITTSEKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum
Verband Wohneigentum – Landesverband Bayern e. V.

Bezirksverband

Siedlergemeinschaft

Name* Vorname*

Straße* PLZ/Ort*

Geburtsdatum Telefon

E-Mail* Fax

Versichertes Objekt (falls von Wohnadresse abweichend)

Straße* PLZ/Ort*

Objektart*:

Einfamilienhaus Mehrfamilienhaus (max. 4 Wohnungen)

Eigentumswohnung Mietwohnung

Schrebergarten, Fl.Nr. oder Adresse**

Wochenendhaus oder Ferienwohnung, Adresse**

unbebautes Grundstück, Fl.Nr.**

Ehe-/Lebenspartner sowie Miteigentümer müssen immer mit angegeben werden.
Diese Daten werden bei Inanspruchnahme der Versicherungsleistungen benötigt.**

Angaben: (z.B. Ehe-/Lebenspartner bzw. Miteigentümer)				
Name*	Vorname*	Geb. Datum	Straße*	PLZ/Ort*

*Pflichtfeld **bei Bedarf Pflichtfeld

FuG Mitgliederzeitung oder FuG E-Paper

Eintritt zum:

BITTE WENDEN!!

Einwilligung

(als Anlage zur Beitrittserklärung zum Verband Wohneigentum)

Mit der Weitergabe meiner Anschrift an die Versicherungspartner

- Rheinland Versicherung AG für Haus- und Grundbesitzer- sowie Bauherrenhaftpflicht
Rheinlandplatz 1
41460 Neuss
- ARAG Rechtsschutzversicherung AG
ARAG Platz 1
40472 Düsseldorf

zum Zwecke der Inanspruchnahme meiner Ansprüche aus der im Mitgliedsbeitrag enthaltenen Versicherungen (Haus- und Grundbesitzer- sowie Bauherrenhaftpflicht und Rechtsschutzversicherung) bin ich einverstanden.

Darüber hinaus stimme ich zum Zwecke der Information über günstige Zusatzversicherungen der Weitergabe meiner Daten an andere Akquisitonspartner (z.B. der ERGO Beratungs- und Vertriebs AG, ERGO Platz 1, 40198 Düsseldorf) zu:

Ja Nein

Dieser Einwilligung kann jederzeit widersprochen werden.
Der Widerspruch kann formfrei erfolgen und sollte an den

**Verband Wohneigentum
Landesverband Bayern e.V.
Max-Planck-Str. 9
92637 Weiden**

gerichtet werden.

Die Datenschutzhinweise gemäß Art. 13 DS-GVO habe ich zur Kenntnis genommen.*

.....

Unterschrift des **Mitgliedes***

.....

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name u. Anschrift des Zahlungsempfängers:

Einzugsermächtigung: Ich ermächtige/Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem/unserem Konto einzuziehen.

SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige/Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Name u. Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

IBAN des Zahlungspflichtigen: D E
Bitte Ihrem Kontoauszug entnehmen, bzw. bei Vorgabe vergleichen

BIC des Kreditinstitutes:
Bitte Ihrem Kontoauszug entnehmen, bzw. bei Vorgabe vergleichen

.....

Unterschrift des **Kontoinhabers***