Antrag zur Erhöhung der Vermögensschaden-Haftpflichtversicherung für Mitglieder des Deutschen Richterbundes

Erweiterung der bestehenden Gruppenversicherung auf 500.000 EUR | Jahresbeitrag: 89,00 EUR

Persönliche Angaben

Titel, Vorname, Nachname

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

Mitglied im DRB-Verband (DRB-Landes/Fachverband, Bezirks/Ortsverein)

Private Anschrift (Straße, PLZ, Ort)

Privates Telefon

Private E-Mail

Vorversicherungsfragen

Anzahl

Höhe (EUR)

Sind in den letzten 2 Jahren Vermögensschäden eingetreten?

Wurde Ihre Vorversicherung vom Versicherer gekündigt? ☐ Ja ☐ Nein

Zahlungsart

☐ SEPA-Lastschrift (SEPA-Mandat liegt anbei)

☐ Rechnung / Überweisung

Versicherungsbeginn

Unterzeichnung des Antragstellers (digital oder handschriftlich)

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers: _____

Weitersendung des Antrags (digital oder per Post)

Den Antrag bitte an die zuständige Mitgliedsorganisation übersenden.

Bestätigung des Mitgliedschaft (digital oder handschriftlich)

Hiermit wird bestätigt, dass der/die Antragsteller/in Mitglied des DRB ist:

Ort, Datum

Bestätigung der Mitgliedschaft: _____

Einsendung an die DBV Dominik David (digital oder per Post)

Bitte durch die Mitgliedsorganisation übersenden an:
E-Mail: agentur.david@axa.de
Anschrift: DBV Dominik David, Osterstraße 52, 20259 Hamburg

SEPA-Lastschriftmandat

Ich (Wir) ermächtige(n) die AXA Konzern AG, Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich (wir) mein (unser) Kreditinstitut an, die von AXA Konzern AG auf mein (unser) Konto gezogene(n) Lastschrift(en) einzulösen.
Ich kann (Wir können) innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.
Ich bin (Wir sind) damit einverstanden, dass die Frist für die Ankündigung des Lastschrifteinzugs von 14 Kalendertagen auf 5 Kalendertage vor Fälligkeit der Lastschriftzahlung verkürzt wird. Bei wiederkehrenden Lastschriften mit gleichen Lastschriftbeiträgen genügt eine einmalige Ankündigung vor dem ersten Lastschrifteinzug und die Angabe der Fälligkeitstermine.

Zahlungsempfänger

Gläubiger	AXA Konzern AG, Colonia-Allee 10-20, 51067 Köln
Gläubiger-Identifikationsnummer	DE23ZZZ00000066097
Mandatsreferenz	wird gesondert mitgeteilt

Zahlungspflichtiger

Titel	
Anrede	
Vorname Kontoinhaber	
Nachname Kontoinhaber	
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	. .
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Land	
Kreditinstitut	
IBAN	
BIC	
bzw.	
Kontonummer	
BLZ	

Die AXA Konzern AG wird von mir (uns) ermächtigt, dieses SEPA-Lastschriftmandat ggf. um die notwendigen Angaben zu IBAN und/oder BIC zu ergänzen.

Ort, Datum	
Unterschrift(en)	