

Antrag auf eine Mitgliedschaft im Interessenverband Berufsunfähigkeitsschutz e.V.



Interessenverband
Berufsunfähigkeitsschutz (IVB) e.V.

Am Aarbach 4 · 21279 Appel
Telefon: (04165) 218 317
eMail: info@ivb-verein.de

Registergericht:
Amtsgericht Tostedt VR 200012

Antragsteller/in

Firma / Name / Vorname	
Zusatz	
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl und Ort	
Name, Vorname und Geburtsdatum GI / GF	Telefon, Fax und Mobilfunknummer
Art des Unternehmens (selbstständig als)	eMail-Adresse und Homepage
Beginn der Tätigkeit in der Finanzdienstleistung	Anzahl Mitarbeiter (MA) und Vertriebspartner (VP) _____ MA / _____ VP
wesentliche BU-Produktpartner	prozentualer BU-Umsatz gemessen an der LV- Gesamtproduktion des Unternehmens

Vermittler (Stempel)

Vermittler-Nr.

- Postversand direkt an das Mitglied
- Postversand über den/die
Vermittler/in
- Postversand direkt an das Mitglied /
Kopie an den / die Vermittler/in

Beginn der Mitgliedschaft

Art der Mitgliedschaft

<input type="checkbox"/> Vollmitglied Ich / Wir zahle/n <input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> halbjährlich <input type="checkbox"/> vierteljährlich einen Mitgliedsbeitrag in Höhe von € ____,00, sowie eine einmalige Aufnahmegebühr in Höhe von € ____,00.

<p>Die Satzung sowie die Beitragsordnung des Vereins in ihrer jeweils gültigen Fassung erkenne/n ich / wir für mich / uns verbindlich an. Die Satzung sowie die Beitragsordnung kann/können ich / wir jederzeit in einer der Geschäftsstellen des Vereins einsehen. Auf Aufforderung erhalte/n ich / wir auch ein Exemplar der Satzung sowie der Beitragsordnung zugesandt. Ich / Wir erfülle/n die satzungsgemäßen Voraussetzungen für die Aufnahme in den Interessenverband Berufsunfähigkeit (IVB) e.V. .</p> <p>Die Mitgliedschaft beginnt mit dem im Aufnahmeantrag bzw. in der Aufnahmebestätigung genannten Termin und gilt für die Dauer eines Jahres. Die Mitgliedschaft verlängert sich stillschweigend um jeweils ein weiteres Jahr, wenn das Mitglied nicht mindestens drei Monate vor Ablauf des Vertragsjahres seinen Austritt erklärt.</p> <p>Ich / Wir versichere / versichern im Hinblick auf die Unabhängigkeit der Mitglieder des Verbandes, dass Banken, Versicherungen, Bausparkassen oder Kapitalanlagegesellschaften allein oder gemeinsam, unmittelbar oder mittelbar an meinem / unserem Unternehmen nicht zu mehr als 10% beteiligt sind.</p> <p>Meinem / Unserem Aufnahmeantrag ist eine Kopie der Gewerbeanmeldung beigelegt.</p>

Beitragszahlung

<input type="checkbox"/> Lastschrift-Einzugsermächtigung für Mitgliedsbeiträge und Gebühren – gilt bis auf Widerruf

Kontonummer	Bankleitzahl	Geldinstitut	Kontoinhaber (wenn Antragsteller/in abweichend)
-------------	--------------	--------------	---

Ort / Datum

Unterschrift Antragssteller/in und des/der Kontoinhabers/-inhaberin
