

Sterbebeihilfekasse Königsborn  
Aufnahmeantrag



Ich/Wir möchte/n ab \_\_\_\_\_ Mitglied der Sterbebeihilfekasse werden.

Name:	_____	Name:	_____
Vorname:	_____	Vorname:	_____
GebDatum:	_____	GebDatum:	_____
Straße/Nr.:	_____	Straße/Nr.:	_____
PLZ/Ort:	_____	PLZ/Ort:	_____
Tel.:	_____	Tel.:	_____
Bank:	_____	Bank:	_____
IBAN:	_____	IBAN:	_____
BIC:	_____	BIC:	_____

Beitragsfrei mitversicherte Kinder bis zum 16. Lj:

1. Name:	_____	2. Name:	_____	3. Name:	_____
Vorname:	_____	Vorname:	_____	Vorname:	_____
GebDatum:	_____	GebDatum:	_____	GebDatum:	_____

Beiträge

Eintrittsalter	jährl. Betrag
25 Jahre	5,40 €
26-33 Jahre	6,60 €
34-40 Jahre	8,40 €

Das satzungsgemäße Sterbegeld beträgt 360,-

Es können bis zu 10 Versicherungsverhältnisse abgeschlossen werden.

Anzahl der Versicherungsverhältnisse: \_\_\_\_\_

Ehepartner 1: \_\_\_\_\_ Ehepartner 2: \_\_\_\_\_

Hiermit ermächtige/n\* ich/wir\* Sie, die Sterbebeihilfekasse Königsborn, den von mir/uns\* zu entrichtenden satzungsgem. Beitrag in Höhe von \_\_\_\_\_ bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres\* Girokontos mittels Lastschrift einzuziehen. Sofern mein/unser Konto nicht die erforderliche Deckung aufweist, besteht seitens der kontoführenden Bank/Sparkasse\* keine Verpflichtung zur Einlösung.

Unterschrift/en:

Datum: \_\_\_\_\_ Ehepartner 1: \_\_\_\_\_ Ehepartner 2: \_\_\_\_\_

\*nicht zutreffendes bitte streichen

Sterbebeihilfekasse Königsborn

2. Vorsitzender / Kassierer: Martin Schulte 59199 Bönen Bahnhofstraße 263 Tel. 0 23 83-911 73 33