

Antrag auf eine Mitgliedschaft

in der Schutzvereinigung deutscher Vermittler von Versicherungen und anderen Finanzdienstleistungen e.V. (SdV).



I. Antragsteller/in

Name / Vorname / Firma			
Zusatz			
Straße, Hausnummer			
PLZ, Ort			
Geburtsdatum	Telefon		
Status	<input type="radio"/> Versicherungsmakler (§ 93 HGB)	<input type="radio"/> Mehrfachagent (§ 84 HGB)	<input type="radio"/>

Eingetragen im Vereinsregister bei dem
Amtsgericht München (VR 18730)
Sitz: Löfflerstr. 5a · 80999 München
Geschäftsf. Vorstand: Christian Sünderwald
Service-Telefon: 0800 7388748
FAX: 0800 7383291
E-Mail: info@sdv-online.de
www.sdv-online.de

E-Mail
Beginn der Mitgliedschaft

II. Dokumentenversand per E-Mail

Der SdV e. V. versendet sämtliche Vertragsunterlagen per E-Mail. Bitte unterstützen Sie uns und erklären sich damit einverstanden.

- ja, einverstanden
 nein, nicht einverstanden

III. Mitgliedschaft / Beitrag

Ich/wir zahlen im Rahmen meiner/unserer Mitgliedschaft im SdV e. V. einen jährlichen Gesamtbetrag von derzeit **38,00 €**, der aus dem Mitgliedsbeitrag sowie Gebühren und/oder Umlagen besteht. Die Betragsanteile ergeben sich aus der jeweils aktuellen Beitragsordnung.

Mitglieder mit einer Behinderung von mindestens 50% (Grad der Behinderung - GdB) können gegen geeigneten Nachweis von der Verpflichtung zur Zahlung des Mitgliedsbeitrages befreit werden.

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 Anforderung 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 SdV e. V.

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 3 Monate vor Ablauf des Jahres seinen Austritt erklärt.

Ort/Datum	Stempel, Unterschrift
-----------	-----------------------

IV. Beitragszahlung (Wir bitten um Verständnis, dass eine Bearbeitung ohne Einzugsermächtigung nicht möglich ist)

- Lastschriftinzugs-Ermächtigung**
für Mitgliedsbeiträge sowie sonstige Gebühren und/oder Umlagen bis auf Widerruf

Konto-Nr.	BLZ	Geldinstitut	Kontoinhaber (wenn vom Antragsteller abweichend)
Ort/Datum		Stempel, Unterschrift des Kontoinhabers	