

Antrag auf eine Mitgliedschaft

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



SdV-Mitglieder haben's leichter!

Eingetragen im Vereinsregister bei dem
Registergericht Chemnitz (VR 3691)
Sitz: Erfenschlager Str. 19 · 09125 Chemnitz
Geschäftsf. Vorstand: Christian Sünderwald
Service-Telefon: 0800 7388748
FAX: 0800 7383291
E-Mail: info@sdv-online.de
www.sdv-online.de

I. Antragsteller/in

Name / Vorname / Firma	
Zusatz	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Geburtsdatum	Telefon
E-Mail	
Status <input type="radio"/> Versicherungsmakler (§ 93 HGB) <input type="radio"/> Mehrfachvertreter (§ 84 HGB) <input type="radio"/>	
Beginn der Mitgliedschaft	

II. Mitgliedschaft / Beitrag / Kommunikation

Mitgliedschaft

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. 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.

Beitrag

Ich/wir zahlen im Rahmen meiner/unserer Mitgliedschaft im SdV einen jährlichen Gesamtbetrag von derzeit 45,00 €, der aus dem Mitgliedsbeitrag sowie Gebühren und/oder Umlagen besteht. Die Beitragsanteile 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.

Kommunikation

Des Weiteren bin ich/sind wir damit einverstanden, dass meine/unsere vorstehend angegebene E-Mail-Adresse für die Zusendung aller Dokumente bzw. Unterlagen in Verbindung mit meiner/unserer Mitgliedschaft verwendet wird, was insbesondere auch den Versand des regelmäßig erscheinenden Newsletters des SdV mit einschließt. Ich/wir kann/können der entsprechenden Verwendung meiner/unserer E-Mail-Adresse jederzeit widersprechen (der Widerspruch ist zu richten an: Schutzvereinigung deutscher Vermittler von Versicherungen und anderen Finanzdienstleistungen e.V. (SdV), Erfenschlager Str. 19, 09125 Chemnitz, Fax: 0800 7383291, Mail: info@sdv-online.de). Eine Weitergabe meiner/unserer E-Mail-Adresse an Dritte erfolgt jedoch in keinem Fall.

Ich/wir wünsche/n keine Übersendung von Dokumenten bzw. Unterlagen per Email. Mir/uns ist bewusst, dass wir damit auch den Newsletter des SdV, der zum Teil wichtige berufsständische Informationen und solche zu meiner Mitgliedschaft enthält, dann nicht erhalte.

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

III. Beitragszahlung

- Lastschriftinzugs-Ermächtigung gemäß anhängigem
SEPA-Basislastschriftmandat
für Mitgliedsbeiträge sowie sonstige Gebühren
und/oder Umlagen bis auf Widerruf
- per Rechnung

SEPA-Basislastschriftmandat zum Antrag auf Mitgliedschaft im SDV von

Name, Vorname / Firma:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Wohnort:

Zahlungsempfänger:

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

Erfenschlager Str. 19

09125 Chemnitz

Gläubiger-Identifikations-Nr. DE31ZZZ00000041412

Kontoinhaber = Antragsteller auf Mitgliedschaft

Daten des Kontoinhabers (nur auszufüllen, wenn nicht Antragsteller):

Name, Vorname / Firma:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Wohnort:

Ich/wir ermächtige/-n den oben genannten SdV den wiederkehrenden Beitrag von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/-n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom SdV auf mein/unser Konto gezogene Lastschrift einzulösen. Ich/wir bin/sind damit einverstanden, dass mir/uns der SEPA-Lastschrifteinzug spätestens 3 Kalendertage im Voraus unter Angabe der weiteren Fälligkeitstermine angekündigt wird. Dazu wird mich/uns der SdV vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift informieren und mir/uns meine/unsere Mandatsreferenznummer mitteilen.

Hinweis: Ich/wir kann/können innerhalb von 8 Wochen beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Art der Zahlung:

wiederkehrende Lastschrift

IBAN

Geldinstitut

BIC

Wichtig: Das Mandat ist nur mit Datum und Unterschrift gültig!

Ort/Datum

Unterschrift des Kontoinhabers