Allgemeine Sterbekasse Mannesmann

Postfach 31 01 40

47254 Duisburg

Datum: _____

Mitglieds - Nr. _____
(falls vorhanden)

Antragsformular

In Anerkennung der Satzung der **Allgemeinen Sterbekasse Mannesmann** bitte ich

❑ Um Aufnahme *)
❑ Um Höherversicherung *)

*) Zutreffendes bitte ankreuzen

und Abschluss einer _____ - fachen Versicherung mit Wirkung vom _____ 20__

Name	Vorname	Geb. – Datum	Anschrift

Ich erkläre hiermit, dass die zu versichernde(n) Person(en) mit keiner die Lebensdauer nachteilig beeinflussenden Krankheiten oder einem entsprechenden Schaden behaftet ist / sind.

Ich ermächtige Sie widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Beitragszahlungen vierteljährlich zu Lasten meines / unseres Kontos mittels Lastschrift einzuziehen.
Wenn mein / unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung.

Name und Anschrift des Kontoinhabers	
Name der Bank	
IBAN	BIC
DE_ _	

Unterschrift

_____ _____
Antragsteller/in Zweitversicherte/r

Postanschrift:
Allgemeine Sterbekasse Mannesmann
Postfach 31 01 40
47254 Duisburg

Kontaktdaten:
Telefon: 0160 78 16 453 oder 0160 78 14 763
www.allgemeine-sterbekasse-mannesmann.de
info@allgemeine-sterbekasse-mannesmann.de

Vorstand:
Eberhard Butze
Siegfried Brachvogel
Michael Brachvogel