

Erhöhungs-Antrag / Aufnahme-Antrag

(Bitte nur Schreibmaschine oder Druckschrift)

ERHÖHUNG

Ja, ich möchte meine Versicherungs-
summe auf 7.800 € erhöhen

Angaben der/des Hauptversicherten

ich erhöhe auf _____ € (Der Betrag muss durch 600 teilbar sein)

Name (ggf. auch Geburtsname)	Vorname	Geburtstag	Geburtsort
Adresse		Wegen d. Beitragsberechnung bitte ankreuzen <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	

Angaben der/des Mitversicherten

ERHÖHUNG

Ja, ich möchte meine Versicherungs-
summe auf 7.800 € erhöhen

ich erhöhe auf _____ € (Der Betrag muss durch 600 teilbar sein)

AUFNAHME

Ich möchte Mitglied der Sterbekasse werden

Versicherungssumme
Höchstbetrag 7.800 €

anderer Betrag _____ € (Der Betrag muss durch 600 teilbar sein)

Name (ggf. auch Geburtsname)	Vorname	Geburtstag	Geburtsort
Adresse		Wegen d. Beitragsberechnung bitte ankreuzen <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	

Verfügung über die Auszahlung der Versicherungssumme

(genaue Namens- und Adressenangabe ist erforderlich)

der/des Hauptversicherten:

Die Sterbegeldsumme soll im Todesfall gezahlt werden an:

Name	Geburtsdatum	Adresse
------	--------------	---------

der/des Mitversicherten:

Die Sterbegeldsumme soll im Todesfall gezahlt werden an:

Name	Geburtsdatum	Adresse
------	--------------	---------

der versicherten Personen bei gleichzeitigem Ableben:

Die Sterbegeldsumme soll gezahlt werden an:

Name	Geburtsdatum	Adresse
------	--------------	---------

Kasten bitte nicht ausfüllen

Personal-Rückstellungsnummer:	Mitgliedsnummer:	Beginn der Mitgliedschaft
-------------------------------	------------------	---------------------------

Ich beantrage hiermit die **Erhöhung** meiner Versicherung (der Versicherung meines Ehepartners/Lebenspartners) bei der Sterbekasse für die Angestellten der Deutschen Bank **und/oder** die **Aufnahme** meines Ehepartners/Lebenspartners bei der Sterbekasse für die Angestellten der Deutschen Bank. Die Satzung erkenne ich als für mich verbindlich an.

Ort/Datum

Unterschrift der/des Hauptversicherten

Unterschrift der/des Mitversicherten