



Antrag MOBILSCHUTZ Basis / MOBILSCHUTZ

(Einen Antrag auf erweiterte Assistenz- und Beratungsleistungen finden Sie auf Seite 2.)

Antrag

Ja, ich möchte mir den günstigen BAVC-MOBILSCHUTZ sichern

- für mich und meine Familie (für 69,50€ pro Jahr)
 für mich allein (für 49,50€ pro Jahr)
 Für mich ist der MOBILSCHUTZ Basis (ohne Personenschutz weltweit) für 27€ pro Jahr ausreichend.

(Beiträge bitte ausschließlich per Lastschrift)

Der BAVC-MOBILSCHUTZ soll beginnen

- ab sofort
 ab (Datum) _____

Bisherige Mitgliedsnummer: _____

Der BAVC-Jahresbeitrag wird im ersten Beitragsjahr nach Monaten anteilig gerundet erhoben.

Persönliche Daten

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße, Hausnummer _____ PLZ, Ort _____

Telefon _____ Telefax _____

E-Mail _____

Datum, Unterschrift _____

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Personaldaten im Geschäftsablauf des BAVC Verwendung finden und insofern auch an Dritte (Leistungserbringer) und alle Kooperationspartner des BAVC übermittelt werden können. Der BAVC sichert mir im Übrigen die vertrauliche Behandlung meiner Daten zu.

Einzugsermächtigung Die Beiträge sind bis auf Widerruf von dem folgenden Konto einzuziehen:

Kreditinstitut _____ BLZ _____

Kontonummer _____

Datum, Unterschrift _____

Eine Kündigung des BAVC-MOBILSCHUTZ ist erstmals zum Ende des ersten vollen Kalenderjahres der Mitgliedschaft und des Versicherungsschutzes möglich. Die schriftliche Kündigung muss spätestens drei Monate vor der Fälligkeit mitgeteilt werden. Maßgebend sind der Eingang beim BAVC e.V. sowie die allgemeinen Bedingungen für den BAVC-MOBILSCHUTZ, die mit dem Versicherungsausweis übersandt werden. Versicherer: HanseMercur Allgemeine Versicherung AG, Hamburg / HanseMercur Reiseversicherung AG, Hamburg
Per Post an: BAVC, Karthäuserstraße 3a, 34117 Kassel • Per Fax: (05 61) 70 994-18 • Per E-Mail: info@bavc-automobilclub.de

Antrag auf erweiterte Assistenz- und Beratungsleistungen

Ergänzende Angaben

Ich bin bzw. ein Familienmitglied ist Rollstuhlfahrer.

Umsetzen möglich: ja
 nein

- Elektro-Rollstuhl
- Aktiv-Rollstuhl
- Faltrollstuhl

Sondermaße: _____

- Ich nutze ein umgerüstetes Fahrzeug als
- Selbstfahrer
 - Beifahrer
 - Fahrer für einen behinderten Angehörigen

Name und Adresse der Werkstatt, in der die Umrüstung vorgenommen wurde:

Firma: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon/-fax: _____

Umrüstung für folgendes Handicap: _____