



# Bochumer Versicherungsverein aG

Kortumstraße 102-104 · 44787 Bochum · Tel.: (02 34) 6 56 60 und 6 60 37 · Fax: (02 34) 68 40 23 · e-mail: bvag@uumail.de

## Kindermitversicherungsantrag (beitragsfrei)

gemäß § 2 der Satzung

### 1. Kind

männlich  weiblich

Name  Vorname

Geb.-Dat.  Straße/Nr.  PLZ/Ort

### 2. Kind

männlich  weiblich

Name  Vorname

Geb.-Dat.  Straße/Nr.  PLZ/Ort

### 3. Kind

männlich  weiblich

Name  Vorname

Geb.-Dat.  Straße/Nr.  PLZ/Ort

### 4. Kind

männlich  weiblich

Name  Vorname

Geb.-Dat.  Straße/Nr.  PLZ/Ort

### 5. Kind

männlich  weiblich

Name  Vorname

Geb.-Dat.  Straße/Nr.  PLZ/Ort

### 6. Kind

männlich  weiblich

Name  Vorname

Geb.-Dat.  Straße/Nr.  PLZ/Ort

## Persönliche Daten (Mitglied)

Name  Geb.-Name

Vorname  Geb.-Datum   weiblich  männlich

Straße/Nr.  PLZ/Ort

Tel.-Nr.  Staatsangehörigkeit  Beruf

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass das (die) oben genannte(n) Kind(er) bis zum Ablauf der Kindermitversicherung beim BVaG beitragsfrei mitversichert wird (werden).

Ort, Datum

Unterschrift

Ich kann meinen Antrag innerhalb von 10 Tagen nach seiner Unterzeichnung widerrufen, und zwar auch dann, wenn der Versicherer ihn bereits angenommen hat. Mein Widerruf wird nur wirksam, wenn er in schriftlicher Form innerhalb der genannten Frist beim Versicherer eingegangen ist.