

Kindermitversicherungsantrag

BEITRAGSFREI GEMÄß §2 DER SATZUNG

1. Kind

männlich weiblich

Name		Vorname	
Geb.-Datum	Straße/Nr.	PLZ/Ort	

2. Kind

männlich weiblich

Name		Vorname	
Geb.-Datum	Straße/Nr.	PLZ/Ort	

3. Kind

männlich weiblich

Name		Vorname	
Geb.-Datum	Straße/Nr.	PLZ/Ort	

4. Kind

männlich weiblich

Name		Vorname	
Geb.-Datum	Straße/Nr.	PLZ/Ort	

5. Kind

männlich weiblich

Name		Vorname	
Geb.-Datum	Straße/Nr.	PLZ/Ort	

6. Kind

männlich weiblich

Name		Vorname	
Geb.-Datum	Straße/Nr.	PLZ/Ort	

Persönliche Daten (Mitglied)

Name		Vorname		Geb.-Name	
Geb.-Datum	Staatsangehörigkeit			<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich
Straße/Nr.			PLZ/Ort		
Tel.-Nr.		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). 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.

Datum und Ort	Unterschrift(en) Antragssteller/Beitragszahler (ggf. der/des gesetzlichen Vertreter/s)
---------------	--