

**Beitrittserklärung zum Haftpflicht-Gruppenversicherungsvertrag  
Betriebs-Haftpflichtversicherung**

Stand: 01.01.2014

zwischen der

**Ecclesia Versicherungsdienst GmbH**

und dem

**Thüringer Landesverband der Schulfördervereine e. V.**

Geschäftsstelle  
Unterrlauengasse 9  
07743 Jena



**Daten des Schulfördervereins**

|                             |                                    |                |
|-----------------------------|------------------------------------|----------------|
| Name des Schulfördervereins |                                    |                |
| Name des/der Vorsitzenden:  |                                    |                |
| Straße, Hausnummer          | PLZ, Ort                           |                |
| Telefon- Nr.<br>Email       | Anzahl der Mitglieder des Vereins: | Stand / Datum: |

**Beitrag - SEPA - Lastschriftmandat**

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem Beitrittsdatum lt. Beitrittsschein und rechtzeitiger Zahlung des Versicherungsbeitrages. Voraussetzung ist die Mitgliedschaft im Thüringer Landesverband der Schulfördervereine e.V.

Beitrag zur Haftpflichtversicherung - incl. Versicherungssteuer und Verwaltungspauschale - wiederkehrend

|                       |                  |                          |
|-----------------------|------------------|--------------------------|
| bis 50 Mitglieder     | jährlich 30 Euro | <input type="checkbox"/> |
| 51 bis 100 Mitglieder | jährlich 40 Euro | <input type="checkbox"/> |
| über 100 Mitglieder   | jährlich 50 Euro | <input type="checkbox"/> |

**Erklärung**

**Ich bin über den Versicherungsumfang informiert worden (siehe Merkblatt) und erkenne die Bedingungen an.**

**Mir ist bekannt, dass bei wahrheitswidrigen Angaben der Versicherungsschutz entfällt.**

**Gläubiger - ID: DE 38ZZZ00001082290**

**Ich ermächtige/Wir ermächtigen den Thüringer Landesverband der Schulfördervereine e.V. (TLSFV), Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom TLSFV auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.**

**Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des Betrages verlangen.**

**Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.**

|              |
|--------------|
| Kontoinhaber |
| IBAN         |

|                |
|----------------|
| Kreditinstitut |
| BIC            |

|            |
|------------|
| Ort, Datum |
|------------|

|  |
|--|
| Unterschrift eines gesetzlichen Vertreters des Vereins |
|--|