

# Antrag auf eine Mitgliedschaft im Interessenverband Berufsunfähigkeitsschutz e.V.



Interessenverband  
Berufsunfähigkeitsschutz (IVB) e.V.

Alfred-Bentz-Str. 7  
30966 Hemmingen  
Tel. 0172-8391468  
E-Mail: info@ivb-verein.de

Registergericht:  
Amtsgericht Tostedt VR 200012

## Antragsteller/in

Firma / Name / Vorname		Vermittler (Stempel)
Zusatz		
Straße, Hausnummer		
Postleitzahl und Ort		
Name, Vorname und Geburtsdatum GI / GF	Telefon, Fax und Mobilfunknummer	Vermittler-Nr.
Art des Unternehmens (selbstständig als)	eMail-Adresse und Homepage	
Beginn der Tätigkeit in der Finanzdienstleistung	Anzahl Mitarbeiter (MA) und Vertriebspartner (VP) _____ MA / _____ VP	
wesentliche BU-Produktpartner	prozentualer BU-Umsatz gemessen an der LV-Gesamtproduktion des Unternehmens	<input type="checkbox"/> Postversand direkt an das Mitglied <input type="checkbox"/> Postversand über den/die Vermittler/in <input type="checkbox"/> Postversand direkt an das Mitglied / Kopie an den / die Vermittler/in
		Beginn der Mitgliedschaft

## Art der Mitgliedschaft

Vollmitglied Ich / Wir zahle/n  jährlich  halbjährlich  vierteljährlich einen **Mitgliedsbeitrag** in Höhe von € \_\_\_\_\_,00, sowie eine **einmalige Aufnahmegebühr** in Höhe von € \_\_\_\_\_,00.

Die Satzung sowie die Beitragsordnung des Vereins in ihrer jeweils gültigen Fassung erkenne/n ich / wir für mich / uns verbindlich an. Die Satzung sowie die Beitragsordnung kann/können ich / wir jederzeit in einer der Geschäftsstellen des Vereins einsehen. Auf Aufforderung erhalte/n ich / wir auch ein Exemplar der Satzung sowie der Beitragsordnung zugesandt. Ich / Wir erfülle/n die satzungsgemäßen Voraussetzungen für die Aufnahme in den Interessenverband Berufsunfähigkeit (IVB) e.V. .

Die Mitgliedschaft beginnt mit dem im Aufnahmeantrag bzw. in der Aufnahmebestätigung genannten Termin und gilt für die Dauer eines Jahres. Die Mitgliedschaft verlängert sich stillschweigend um jeweils ein weiteres Jahr, wenn das Mitglied nicht mindestens drei Monate vor Ablauf des Vertragsjahres seinen Austritt erklärt.

Ich / Wir versichere / versichern im Hinblick auf die Unabhängigkeit der Mitglieder des Verbandes, dass Banken, Versicherungen, Bausparkassen oder Kapitalanlagegesellschaften allein oder gemeinsam, unmittelbar oder mittelbar an meinem / unserem Unternehmen nicht zu mehr als 10% beteiligt sind.

Meinem / Unserem Aufnahmeantrag ist eine Kopie der Gewerbeanmeldung beigelegt.

## Beitragszahlung

**Lastschrift-Einzugsermächtigung**  
für Mitgliedsbeiträge und Gebühren – gilt bis auf Widerruf

Kontonummer	Bankleitzahl	Geldinstitut	Kontoinhaber (wenn Antragsteller/in abweichend)
Ort / Datum		Unterschrift Antragsteller/in und des/der Kontoinhabers/-inhaber/in	