

Initiative Ruhestandsplanung e.V.
Dudenstraße 10
10965 Berlin
eMail: info@initiativeruhestandsplanung.de
Fax: 030/68 29 85 22

Aufnahmeantrag Bundesverband Initiative Ruhestandsplanung e.V.

(Felder bitte ausfüllen bzw. ankreuzen, Pflichtangaben sind durch * gekennzeichnet)

Ab dem _____* beantrage ich hiermit für mich bzw. das von mir vertretene Unternehmen gemäß §3 der Vereinssatzung, die ich/wir vollumfänglich zur Kenntnis genommen habe/n, die Aufnahme meiner Person oder die Aufnahme des von mir vertretenen Unternehmens als Mitglied des Bundesverbandes Initiative Ruhestandsplanung e.V.. Mit Unterzeichnung dieses Aufnahmeantrages bestätige/n ich/wir den Erhalt der aktuellen Satzung (auch unter www.initiativeruhestandsplanung.de). Ich/wir verpflichte/n mich/uns zur Zahlung eines jährlichen Mitgliedsbeitrages gemäß der Beitragsordnung (BO) in Höhe von derzeit*:

€ _____ **als ordentliches Einzelmitglied** (lt. §3 Ziffer 1. BO Personen, Personenvereinigungen, Unternehmen mit maximal 5 angeschlossenen Vertriebspartnern, Mitgliedern und/oder angestellten Mitarbeiter; **legt das Einzelmitglied keinen individuellen Beitrag im vorstehenden Feld fest, so beträgt der Jahresbeitrag € 150,00**)

€ **490,00 als ordentliches Unternehmensmitglied** (lt. §3 Ziffer 2. BO Personen, Personenvereinigungen, Unternehmen mit mehr als 5 angeschlossenen Vertriebspartnern, Mitgliedern und/oder angestellten Mitarbeiter)

€ _____ **als Fördermitglied** (lt. §3 Ziffer 3. BO regelmäßiger Mindestbeitrag € 5.000,00)

Daten des Antragsstellers:

Firma/ Unternehmen (inkl. Rechtsform): _____

Anrede (ggf. Ansprechpartner des Unternehmensmitglieds)*: Herr Frau Titel: _____

Vorname*: _____ Namenszusatz: _____

Nachname*: _____ Geburtsdatum*: _____

Funktion/ Stellung im Unternehmen: _____

Adressart*: privat geschäftlich

Straße*: _____ Hausnummer*: _____

Postleitzahl*: _____ Ort*: _____ Länderkennzeichen*: D

E-Mail*: _____ Homepage: _____

Festnetz-Telefonnummer geschäftlich*: _____

Fax-Nummer: _____

Mobilfunknummer Ansprechpartner: _____

Abweichende Rechnungsanschrift: _____

Status des Antragstellers* (evtl. Mehrfachnennungen bitte unten erläutern):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ungebundener Makler/ Berater | <input type="checkbox"/> Mehrfachagent |
| <input type="checkbox"/> Ausschließlichkeitsvermittler/ gebundener Berater | <input type="checkbox"/> Angestellter einer Versicherung/ eines Instituts |
| <input type="checkbox"/> angestellter Mitarbeiter eines Beraters/ Vermittlers | <input type="checkbox"/> Honorarberater |
| <input type="checkbox"/> Versicherungsunternehmen | <input type="checkbox"/> Kreditinstitut/ Bausparkasse |
| <input type="checkbox"/> Finanzdienstleistungsinstitut | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |

ggf. Erläuterungen zum Status: _____

Bitte erläutern Sie kurz Ihren besonderen beruflichen bzw. unternehmerischen Bezug zur Ruhestandsplanung (z.B. Beratungsansatz, Zielgruppen bzw. Produktangebot)*: _____

Angaben laut Vermittlerregister* (Pflichtangaben für Vermittler/Berater):

- Registernummer nach VersVermV _____
- Registernummer nach FinVermV _____
- Registernummer nach ImmVermV _____

Ich stimme der Erhebung, Speicherung, Verarbeitung, Weitergabe und Nutzung meiner für die Abwicklung der Mitgliedschaft notwendigen Daten durch die Initiative Ruhestandsplanung e.V. zu. Nach vollständiger Abwicklung der Mitgliedschaft werden meine personenbezogenen Daten auch nach Ablauf der Fristen in steuer- und handelsrechtlichen Vorschriften nicht gelöscht, sofern dem nicht ausdrücklich widersprochen wird.

Ort, Datum*

Firma bzw. Vor- und Nachname in Druckbuchstaben*

Unterschrift des Antragstellers*

Antragsbestätigung:
Ort, Datum, Unterschrift Vorstand Initiative Ruhestandsplanung e.V.

SEPA-Lastschriftmandat zum Einzug von Forderungen

Zahlungsempfänger:	Initiative Ruhestandsplanung e.V., Dudenstraße 10, 10965 Berlin
Gläubiger-Identifikationsnummer:	DE95ZZZ00001961054
Mandatsreferenz:	wird separat mitgeteilt

Hiermit ermächtige(n) ich / wir o.g. Zahlungsempfänger widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines / unseres Kontos durch SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Ihnen auf mein Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen. Bei Nichteinlösung der SEPA-Lastschriften verpflichte ich mich zur Übernahme der anfallenden Rückgabegebühren.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung der per Lastschrift eingezogenen Zahlung verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

IBAN*: _____ Bank*: _____

Name und Anschrift des Kontoinhabers (falls **nicht** mit dem umseitig genannten Antragsteller auf Mitgliedschaft identisch):

Ort, Datum*

Firma, Name, Unterschrift des Kontoinhabers*