

## Mitgliedsantrag für vhelp.de Vertreter helfen Vertretern e.V.

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_  
PLZ Wohnort: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Geburtsort \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_  
Mobil: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

Status bitte ankreuzen:

Person gemäß §§ 84, 92, 93 HGB, § 611 BGB, § 55 GewO p.a. 120,00€

Mitarbeiter des o.g. Personenkreises p.a. 120,00€

Familienangehöriger/ Lebenspartner/ Ruheständler p.a. 30,00€

Mitglied gemäß Vereinbarung mit .....

Ich fördere vhelp.de mit einer Spende in Höhe von ..... € einmalig / jährlich

### Hinweise:

Durch seine/ihre Unterschrift erklärt der Antragsteller seinen Beitritt und verpflichtet sich zur Einhaltung der Satzung und Ordnungen, insbesondere zur pünktlichen Bezahlung des Vereinsbeitrages und der Beiträge für die Premiumleistungen. Änderungen bezüglich der Adress- oder Kontodaten sind dem Verein unverzüglich schriftlich mit zu teilen.

### Beginn der Mitgliedschaft / Beitragsberechnung:

Als Eintrittsdatum gilt das Datum der Unterschrift. Die Beitragsberechnung beginnt ab dem Eintrittsdatum.

### Austritt / Kündigung:

Der Austritt aus dem Verein kann nur durch schriftliche Erklärung per Brief gegenüber dem Vorstand mit einer 14-tägigen Frist zum nächsten Kalenderjahresende erfolgen.

### SEPA-Lastschriftmandat / Fälligkeitsavis:

Zum Einzug der Mitgliedsbeiträge und der Zusatzleistungen wird mit dem Mitglied ein SEPA-Lastschriftmandat abgeschlossen. Der Beitragseinzug erfolgt jährlich, die Beiträge für optionale Premiumleistungen nach der gewünschten Zahlweise.

### Gebühren:

Alle im Zusammenhang einer Rücklastschrift jedweder Art entstehenden Gebühren sind vom Mitglied zu tragen. Die Erinnerung an evtl. Außenstände ist kostenfrei, für nachfolgende Mahnungen werden weitere Gebühren seitens des Vereins erhoben.

### Datenspeicherung:

Das Mitglied und der Zahlungspflichtige sind damit einverstanden, dass ihre Daten für Vereinszwecke in der Vereinsdatenbank gespeichert werden. Der Verein wird die Daten ausschließlich im Rahmen der Vereinsverwaltung verwenden und nicht an Dritte weitergeben.

Ich habe die Satzung und die Beitragsordnung zur Kenntnis genommen und beantrage mit meiner Unterschrift den Beitritt zu vhelp.de.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Antragsteller: \_\_\_\_\_

## Anlage zum Mitgliedsantrag von:

### SEPA-Lastschriftmandat für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren - Wiederkehrende Zahlung

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

**vhelp.de Vertreter helfen Vertretern e.V.**  
Vorstand  
c/o Allianz-Körper  
Strandallee 83  
D-23669 Timmendorfer Strand

**Gläubiger-ID. DE25ZZZ00001718068**

Mandatsreferenz-Nr.

**WIRD SEPARAT MITGETEILT**

Ich/Wir ermächtige(n) vhelp.de. e.V., fällige Zahlungen von meinem/unseren Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom vhelp.de e.V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweise:

Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unseren Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber / Zahler:

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Straße, Haus-Nr. \_\_\_\_\_

PLZ + Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon-Nr. \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

DE

BIC: \_\_\_\_\_

Ort, Datum:

Unterschrift:

Bitte das ausgefüllte Formular drucken, **unterzeichnen** und uns dann per Post, per Telefax an 04503-892929 oder gescannt per E-Mail an [antrag@vhelp.de](mailto:antrag@vhelp.de) schicken.

(alle Informationen notwendig. Bei fehlenden Angaben wird der Antrag bis zur Vollständigkeit zurückgewiesen)

Antrag für zusätzliche Premiumleistungen für vhelp.de Mitglieder:

Antragsteller:

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ Wohnort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

krankenversichert:

gesetzlich (GKV) bei \_\_\_\_\_

privat (PKV) bei \_\_\_\_\_

**professionelle Hilfs-, Pflege- und Reha-Leistungen**

bis zu 6 Monaten nach unerwartetem Krankenhausaufenthalt oder nach Unfall

jährlich 120,00 €

Mindestlaufzeit: 24 Monate ab Beginn. Bei einer Kündigung der Vereinsmitgliedschaft erhöht sich der Beitrag auf die volle Prämie des Versicherungspartners.

**Ich bin ausdrücklich damit einverstanden, dass die Prämien für die von mir gewählten Premiumleistungen zusätzlich zum Mitgliedsbeitrag zu zahlen sind. Die gewählten Premiumleistungen (Versicherungsschutz) beginnen frühestens nach Meldung an den Premiumpartner und nach Eingang der entsprechenden Prämien bei vhelp.de. Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten an den Premiumpartner weitergegeben werden.**

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Antragsteller: \_\_\_\_\_

Bitte das ausgefüllte Formular drucken, **unterzeichnen** und uns dann per Post, per Telefax an 04503-892929 oder gescannt per E-Mail an [antrag@vhelp.de](mailto:antrag@vhelp.de) schicken.