

Aufnahmeantrag Haftpflichtversicherung Kindertagespflege

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in die Haftpflichtversicherung Kindertagespflege für Mitglieder des Kindertagespflege Landesverband Berlin e.V.

Name der Kindertagespflegeperson	Vorname
---	---------

Adresse der Kindertagespflegestelle: Straße	Postleitzahl	Ort	Telefon
---	--------------	-----	---------

Ich habe eine \Rightarrow

- Kindertagespflegestelle mit bis zu 3 Kindern und einer Kindertagespflegeperson
- Kindertagespflegestelle mit bis zu 5 Kindern und einer Kindertagespflegeperson
- Kindertagespflegestelle mit bis zu 8 Kindern im Verbund mit einer zweiten Kindertagespflegeperson, die ebenfalls Mitglied im Kindertagespflege Landesverband Berlin e.V. ist und die Versicherung abgeschlossen hat, bzw. neu abschließt,
Name der zweiten Kindertagespflegeperson
- Kindertagespflegestelle mit bis zu 10 Kindern im Verbund mit einer zweiten Kindertagespflegeperson, die ebenfalls Mitglied im Kindertagespflege Landesverband Berlin e.V. ist und die Versicherung abgeschlossen hat, bzw. neu abschließt,
Name der zweiten Kindertagespflegeperson
- zusätzlich mit einer Unterstützung durch eine Hilfskraft (doppelte Prämie)

(Änderungen der Pflegeform müssen dem Kindertagespflege Landesverband Berlin e.V. mitgeteilt werden.)

Die Versicherungsbedingungen sind mir bekannt. Die Abmeldung aus der Versicherung muss ich dem Vorstand gegenüber schriftlich erklären. Sie ist nur zum Schluss eines Kalendervierteljahres zulässig.

Meine Daten werden EDV-gestützt verarbeitet und der Versicherungsgesellschaft mitgeteilt. Sie werden nicht an andere Dritte weitergegeben.

Datum	Unterschrift der Kindertagespflegeperson
-------	---

Kindertagespflege Landesverband Berlin e.V.
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE07ZZZ00002227545
Die Mandatsreferenz wird Ihnen mit der Aufnahmebestätigung mitgeteilt.

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Kindertagespflege Landesverband Berlin e.V., die Beiträge (Mitgliedsbeitrag und ggf. Versicherungsprämien) von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Kindertagespflege Landesverband Berlin e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Dieses Mandat kann ich jederzeit widerrufen.

Name Kontoinhaber Vorname

IBAN DE _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ BIC _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _

Name des Kreditinstituts

Dieses SEPA Lastschriftmandat gilt für die Vereinbarungen mit dem oben genannten Mitglied.