

Persönliche Daten

Name _____ Geburtsdatum _____
 Vorname _____ Telefon _____
 Strasse _____ Emailadresse _____
 Postleitzahl _____
 Ortsname _____

Betriebsdaten

Anzahl Wirtschaftsvölker _____
 Anzahl Ableger _____

weitere Betriebsstätte

Strasse _____ Telefon _____
 Postleitzahl _____ Emailadresse _____
 Ortsname _____ Familienstand _____
 Wanderimkerei ja / nein Anzahl Kinder _____
 in welchen Ländern der EU _____

Verbandsdaten

Zugehörigkeit zu Verband (Name) _____
 Zugehörigkeit seit (Datum) _____
 Zugehörigkeit zu Verein _____
 Mitgliedsnummer _____

Bestätigung Verband / Verein zur Zugehörigkeit

* ohne Verbandszugehörigkeit ist eine Absicherung nicht möglich !

Datum, Funktion, Unterschrift, Stempel

Modellvarianten für Imker mit Bruttojahresprämie und Selbstbehalten (bitte ankreuzen)

Anzahl Bienenvölker/Ableger	* SB 150,--	* SB 250,--	* SB 500,--	Leistungen
250	220,80 € <input type="checkbox"/>	153,30 € <input type="checkbox"/>	130,20 € <input type="checkbox"/>	Deckung unbegrenzt Imkervollrechtsschutz incl. Vertragsrechtsschutz incl. privatem Vollrechtsschutz * SB = Selbstbehalt
500	284,80 € <input type="checkbox"/>	197,40 € <input type="checkbox"/>	168,00 € <input type="checkbox"/>	
750	377,60 € <input type="checkbox"/>	262,50 € <input type="checkbox"/>	223,30 € <input type="checkbox"/>	
1000	497,60 € <input type="checkbox"/>	345,80 € <input type="checkbox"/>	294,00 € <input type="checkbox"/>	
1500	572,00 € <input type="checkbox"/>	397,60 € <input type="checkbox"/>	338,10 € <input type="checkbox"/>	
3000	841,20 € <input type="checkbox"/>	584,85 € <input type="checkbox"/>	497,70 € <input type="checkbox"/>	

Vorversicherung _____ Versicherungsnummer _____ Ablaufdatum _____ bereits gekündigt ja / nein

Vorschäden (letzte 3 Jahre) _____ Anzahl der Schäden _____ Schadenhöhe gesamt _____

* Bei Schäden erfolgt noch eine Prüfung zur Annahme - abhängig von Schadenanzahl und Schadenhöhen

- 1) Beginn der Imkerrechtsschutzversicherung Datum : _____ (Laufzeit 3 Jahre)
 - 2) Besteht Vorvertrag bereits über VKB - zukünftige Betreuung über die GS Nürnberg
 - 3) Ich bin einverstanden, dass ich alle Unterlagen mit dem Versicherungsschein erhalte
 - 4) Die Aufgabe der Imkertätigkeit ist unverzüglich mitzuteilen - **Vertrag erlischt**
- Datum, Unterschrift (zu 1 ,2 , 3,4)

Lastschriftverfahren

(das Lastschriftverfahren ist durch die Rahmenvereinbarung unerlässlich)

IBAN _____
 Geldinstitut _____

Ich bin Inhaber des o.a. Kontos - bitte buchen Sie die Beiträge ab
 Zustimmung zum Lastschriftverfahren _____
 Datum, Unterschrift

Rücksendungsmöglichkeiten

Unterlagenrücksendung SCAN/EMAIL an : eleutherios.mitsotakis@vkb.de
 Unterlagenrücksendung per Fax : 0911 / 240 39 - 159 --> z. Hdn. Hr. Mitsotakis
 Unterlagenrücksendung per Post : Bayerische Versicherungskammer
 Landesbrand Kundenservice GmbH
 c/o : Hr. Mitsotakis
 Königstorgraben 11
 90402 Nürnberg

Ich bin einverstanden, dass ich über die Kommunikations- und
 und Postadressdaten weiter informiert werde ja / nein
RS-Imker/GSV 104/20171207 Datum, Unterschrift