

# BEITRITTSERKLÄRUNG

(Bitte in Druckbuchstaben deutlich ausfüllen!)

07/2010

**INFO-TELEFON**  
**01801 – 835 835**

Sozialverband VdK Hessen-Thüringen e. V.  
Mitgliederverwaltung  
Elsheimerstraße 10  
60322 Frankfurt am Main

(zum Ortstarif)  
**www.vdk.de/hessen-thueringen**

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Sozialverband VdK Hessen-Thüringen e. V. unter Anerkennung der jeweils gültigen Satzung:

Frau  Herr Geburtstag: \_\_\_\_\_

(1) Name \_\_\_\_\_

(2) Vorname \_\_\_\_\_

(3) Straße \_\_\_\_\_

(4) PLZ/Ort/Ortsteil \_\_\_\_\_

(5) Beitritt zum \_\_\_\_\_ (6) Telefon \_\_\_\_\_

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

**EINWILLIGUNG** Ich ermächtige den Sozialverband VdK Hessen-Thüringen e.V., die Daten unter Nummer 1 bis 6 sowie mein Geburtsjahr und die Mitgliedsnummer im Rahmen der bestehenden Gruppenversicherungen den Vertragspartnern zur Unterbreitung von Versicherungsangeboten zur Verfügung zu stellen. Zurzeit bestehen Gruppenversicherungsverträge mit der ERGO Versicherungsgruppe und mit der Allianz Versicherungs-AG. Durch diese Verträge erhalten unsere Mitglieder vergünstigte Versicherungsangebote. Die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes bleiben unberührt.

Einwilligung ja  nein

Ich bin:

- |                                |                          |                      |                          |
|--------------------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|
| 1. Kriegsbeschädigt            | <input type="checkbox"/> | 4. Behindert         | <input type="checkbox"/> |
| 2. Hinterbliebene(Witwe/Waise) | <input type="checkbox"/> | 5. Rentner/Pensionär | <input type="checkbox"/> |
| 3. Wehrdienstbeschädigt        | <input type="checkbox"/> | 6. Sonstige          | <input type="checkbox"/> |

gesetzlicher Vertreter: \_\_\_\_\_

Ort/Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

## AUSZUFÜLLEN VOM LANDESVERBAND

LS  A  Z erfasst am: \_\_\_\_\_

## AUSZUFÜLLEN VON VERBANDSSTUFE

Kreisverband: \_\_\_\_\_

OV: \_\_\_\_\_

OV-Nr: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /

**Beitrag für Nachentrichtung** (bitte kennzeichnen)

Lastschrift durch  BGSt/LV  KV  OV  
Kasseneinnahme  BGSt/LV  KV  OV

am: \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_

rückwirkend vom: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Beiträge von Verbandsstufen an LV weitergeleitet

am: \_\_\_\_\_ in Höhe von : € \_\_\_\_\_

durch:

Einzelüberweisung  Beitragsabrechnung

von (Name) \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Ja, ich möchte etwas für andere Menschen tun!**  
**Bitte senden Sie mir Info-Material.**

Ich habe Interesse an:

- allgem. Verbandsarbeit  
 Kassenführung/Schriftführung  
 persönlicher Betreuung  
 Beratungstätigkeit  
 ich habe kaufmännische Erfahrung

## EINZUGSERMÄCHTIGUNG **gültig für Beiträge ab:** \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)

Hiermit ermächtige ich den Sozialverband VdK Hessen-Thüringen e. V. oder eine seiner nachgeordneten Verbandsstufen, den von mir zu zahlenden **Jahres-Mitgliedsbeitrag** von dem nachfolgenden Konto bis auf Widerruf einzuziehen:

Zahlweise  jährlich  halbjährlich

Bankverbindung \_\_\_\_\_

Bankleitzahl \_\_\_\_\_ Kontonummer \_\_\_\_\_

Kontoinhaber (Name/Anschrift) - Falls nicht identisch mit Beitretendem \_\_\_\_\_

Ort/Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift zur Einzugsermächtigung \_\_\_\_\_

## Hinweise zum Ausfüllen der Beitrittserklärung

### Wer ist was?

#### **1. Kriegsbeschädigt**

#### **2. Witwe/Waise**

ist, wer durch den Krieg körperliche oder geistige Schäden erlitten hat. Witwe ist eine Frau, die ihren Mann durch den Krieg verloren hat, auch dann, wenn sie selbst behindert oder Rentnerin ist. Waise ist eine Person, die ihre Eltern bzw. Vater oder Mutter durch den Krieg verloren hat; auch dann, wenn sie selbst behindert oder RentnerIn ist.

#### **3. Wehrdienstbeschädigt**

ist, wer in Ausübung seines Wehr- oder Zivildienstes körperliche oder geistige Schäden erlitten hat.

#### **4. Behindert**

ist, wer an einer Behinderung leidet – ohne kriegsbeschädigt, wehrdienstbeschädigt oder Kriegerwitwe/-waise zu sein.

#### **5. Rentner/Pensionär**

ist, wer eine Rente aus der gesetzlichen Renten- oder Unfallversicherung oder Leistungen der Beamtenversorgung bezieht und weder kriegsbeschädigt, wehrdienstbeschädigt, Kriegerwitwe/-waise noch behindert ist.

#### **6. Sonstige**

sind Personen, die selbst weder kriegsbeschädigt, Kriegerwitwe/-waise, behindert noch Rentner/Pensionäre sind und keinen der vorgenannten Personengruppen zuzuordnen sind.

### Weitergabe der Daten

Soll eine Weiterleitung der persönlichen Daten an unsere Versicherungspartner erfolgen bzw. nicht gewünscht sein, bitte das entsprechende Feld unter der Einwilligungserklärung ankreuzen. Sollte entgegen Ihrem Wunsch trotzdem ein Vertreterbesuch erfolgen, liegt dies nicht in der Verantwortlichkeit des VdK!

## Auszug aus der Satzung

### § 4 Beginn der Mitgliedschaft

1. Die Mitgliedschaft im Verband wird durch die Aufnahme in einer örtlichen Verbandsstufe (Ortsverband) für mindestens 12 Monate erworben.
2. Verstirbt ein Mitglied, so können die Angehörigen die Mitgliedschaft fortsetzen.
3. Die Aufnahme eines Mitgliedes kann abgelehnt werden, wenn sie dem Verbandsinteresse entgegensteht.
4. Jedes ordentliche Mitglied erhält bei seinem Eintritt ein Mitgliedsbuch/einen Mitgliedsausweis, das /der als Ausweis über die Verbandszugehörigkeit dient. Das Mitgliedsbuch/der Mitgliedsausweis bleibt Eigentum des Verbandes und muss nach Beendigung der Mitgliedschaft unaufgefordert zurückgegeben werden.

### § 5 Erlöschen der Mitgliedschaft

1. Die Mitgliedschaft im Verband erlischt durch Tod, Ausschluss oder freiwilligen Austritt. Beim Ausscheiden sind Mitgliedsbuch sowie sämtliche Ausweise an die ausgebende Stelle des Verbandes zurückzugeben.
2. Der freiwillige Austritt ist zulässig zum Schlusse des Kalenderjahres unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist.
3. Der Austritt muss durch schriftliche Erklärung erfolgen und spätestens am 30. September des entsprechenden Jahres beim VdK vorliegen.

## Auszug aus der Beitragsordnung

Der Jahresbeitrag beläuft sich auf € 54,00. **Der Beitrag ist im Voraus fällig.**  
**Bei Erlöschen der Mitgliedschaft werden bezahlte Beiträge nicht erstattet.**

## Sonstige wichtige Hinweise

### Inanspruchnahme des Sozialrechtsschutzes

Für die Vertretung in Rechtsbehelfs- und Rechtsmittelverfahren muss die Beitragszahlung für die Wartezeit von zwei vollen Kalenderjahren sowie das laufende Kalenderjahr nachgewiesen werden.

### Beitrag für Nachentrichtung (Erfüllung der Wartezeit)

Möchte ein Mitglied den Rechtsschutz in Anspruch nehmen und hat die 2-jährige Wartezeit noch nicht erfüllt, können die fehlenden Beiträge nachentrichtet werden. Das Eintrittsdatum ist entsprechend abzuändern.