

Aufnahme-Antrag / Erhöhungs-Antrag

(Bitte nur Schreibmaschine oder Druckschrift)

Application for new membership / policy increase

(Please use a typewriter or print legibly.)

Angaben des Antragstellers/der Antragstellerin *Applicant's details*

Name (ggf. auch Geburtsname)	Name (include maiden name, if applicable)	Vorname <i>First name</i>	Geburtstag <i>Date of birth</i>	Geburtsort <i>Place of birth</i>	
Adresse <i>Address</i>			Wegen d. Beitragsberechnung bitte ankreuzen <i>Required for calculation of premium</i> <input type="checkbox"/> männlich <i>male</i> <input type="checkbox"/> weiblich <i>female</i>		
Bei Aufnahme <i>New membership</i> <input type="checkbox"/> Höchstbetrag <i>maximum</i> 7.800 € <input type="checkbox"/> anderer Betrag <i>other amount</i>		Bei Erhöhung <i>Policy increase</i> <input type="checkbox"/> Höchstbetrag <i>maximum</i> 7.800 € <input type="checkbox"/> anderer Betrag <i>other amount</i>		Eintritt in die Bank <i>Employed with bank since</i>	beschäftigt bei (Niederlassung bzw. Tochtergesellschaft) <i>Employed at (branch or subsidiary)</i>
_____ €		_____ €			

Angaben der/des Mitversicherten *Co-insured person's details*

Name (ggf. auch Geburtsname)	Name (include maiden name, if applicable)	Vorname <i>First name</i>	Geburtstag <i>Date of birth</i>	Geburtsort <i>Place of birth</i>	
bei Aufnahme <i>New membership</i> <input type="checkbox"/> Höchstbetrag <i>maximum</i> 7.800 € <input type="checkbox"/> anderer Betrag <i>other amount</i>		bei Erhöhung <i>Policy increase</i> <input type="checkbox"/> Höchstbetrag <i>maximum</i> 7.800 € <input type="checkbox"/> anderer Betrag <i>other amount</i>			
_____ €		_____ €			

Ich beantrage hiermit meine Aufnahme in die **Sterbekasse für die Angestellten der Deutsche Bank-Gruppe** sowie die Mitversicherung meiner Ehefrau/meines Ehemannes/meiner Lebenspartnerin/meines Lebenspartners wie angegeben. Die Satzung erkenne ich als für mich verbindlich an. Ich erteile hiermit den unwiderruflichen Auftrag, für die Dauer meines Anstellungsverhältnisses die Beiträge von meinen Bezügen einzubehalten.

*I hereby apply for membership in the **Death Benefits Fund for Employees of Deutsche Bank-Group** and co-insurance of my wife/husband/partner, as indicated. I accept the Articles of Association as having binding effect on me, and I irrevocably authorize you to deduct the premiums from my salary for the term of my employment relationship.*

Ort/Datum
Place/date

Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin
bzw. bei Minderjährigen Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten
Applicant's signature or signature of parent/legal guardian if applicant is under age

Unterschrift der/des Mitversicherten
Signature of co-insured spouse/partner

Hiermit bestätige ich, dass mir nachfolgende Unterlagen vorliegen bzw. ich im Internet auf **www.db-sterbekasse.de** die entsprechenden Unterlagen eingesehen habe.

- Produktinformationsblatt
- Kundeninformation gemäß §§ 1 und 2 VVG-InfoV
- Datenschutzerklärung
- Satzung

*I hereby confirm that the following documents are present to me respectively that I viewed the corresponding documents at **www.db-sterbekasse.de***

- *Product information leaflet (Produktinformation)*
- *Consumer information acc. to section 1 and 2 VVG-InfoV*
- *Privacy policy*
- *Articles*

Ort/Datum
Place/date

Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin
bzw. bei Minderjährigen Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten
Applicant's signature or signature of parent/legal guardian if applicant is under age

Unterschrift der/des Mitversicherten
Signature of co-insured spouse/partner

Verfügung über die Auszahlung der Versicherungssumme

(genaue Namens- und Adressenangabe ist erforderlich)

Disbursement of policy amount

(Please enter exact name and address.)

Der Auszahlungsbetrag wird nach Vollendung des 85. Lebensjahres im Erlebensfall des Versicherten an ihn selbst gezahlt.
In the event of his/her survival, the insured party will receive the total policy amount upon reaching the age of 85.

des Antragstellers/der Antragstellerin:

Die Sterbegeldsumme soll im Todesfall gezahlt werden an:

Applicant's statement:

In the event of my death, pay my death benefits to:

Name	Geburtsdatum <i>Date of birth</i>	Adresse <i>Address</i>

der/des Mitversicherten:

Die Sterbegeldsumme soll im Todesfall gezahlt werden an:

Co-insured person's statement:

In the event of my death, pay my death benefits to:

Name	Geburtsdatum <i>Date of birth</i>	Adresse <i>Address</i>

der versicherten Personen bei gleichzeitigem Ableben:

Die Sterbegeldsumme soll gezahlt werden an:

Joint statement in the event of simultaneous death:

Pay our death benefits to:

Name	Geburtsdatum <i>Date of birth</i>	Adresse <i>Address</i>

Ort/Datum
Place/date

Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin
bzw. bei Minderjährigen Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten
Applicant's signature or signature of parent/legal guardian if applicant is under age

Unterschrift der/des Mitversicherten
Signature of co-insured spouse/partner

Kasten bitte nicht ausfüllen *Not to be completed by applicant*

Personal-Rückstellungsnummer:	Mitgliedsnummer:	Beginn der Mitgliedschaft