

# 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>		
<b>Bei Aufnahme <i>New membership</i></b>		<b>Bei Erhöhung <i>Policy increase</i></b>		Eintritt in die Bank <i>Employed with bank since</i>	beschäftigt bei (Niederlassung bzw. Tochtergesellschaft) <i>Employed at (branch or subsidiary)</i>
<input type="checkbox"/> <b>Höchstbetrag <i>maximum</i> 7.800 €</b>	<input type="checkbox"/> anderer Betrag <i>other amount</i>	<input type="checkbox"/> <b>Höchstbetrag <i>maximum</i> 7.800 €</b>	<input type="checkbox"/> anderer Betrag <i>other amount</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>
<b>bei Aufnahme <i>New membership</i></b>		<b>bei Erhöhung <i>Policy increase</i></b>		
<input type="checkbox"/> <b>Höchstbetrag <i>maximum</i> 7.800 €</b>	<input type="checkbox"/> anderer Betrag <i>other amount</i>	<input type="checkbox"/> <b>Höchstbetrag <i>maximum</i> 7.800 €</b>	<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.)

## 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
-------------------------------	------------------	---------------------------