



Heinz Strauch  
Konrad-Adenauer-Ring 34  
69214 Eppelheim

**Heinz Strauch**  
**Versicherungsstelle**  
D 69 1841  
Tel.: 06221/76 60 92  
E-Mail:  
versicherung@dcg-online.de  
www.dcg-online.de

### Antrag auf Beckenhaftpflichtversicherung / Antrag auf Eigenschadenversicherung

Hiermit beantrage ich ab \_\_\_\_\_ 20\_\_

- die Beckenhaftpflichtversicherung für 10,00 € pro Kalenderjahr.  
oder  
 die Eigenschadenversicherung + Beckenhaftpflichtversicherung  
für Euro 29,50 € pro Kalenderjahr.

Für den Einzug des Versicherungsbeitrages ist ein SEPA-Lastschriftmandat (siehe Rückseite) als Anlage beizufügen,

In der(m) von mir gemieteten Wohnung / Haus bzw. in meiner(m) Eigentumswohnung / Eigenheim habe ich \_\_\_\_\_Aquarien (Nichtzutreffendes streichen)

Der Versicherungsschutz für die Eigenschadenversicherung beginnt 6 Monate nach Eingangsbestätigung von der VDA-Versicherungsstelle.

Gewerblich genutzte Aquarien können nicht versichert werden.

Überzahlte Beträge gelten als Spenden für die DCG.

In den DCG-Informationen veröffentlichte Vertragsänderungen sind verbindlich.

Die Versicherung endet automatisch bei Ablauf der gültigen DCG-Mitgliedschaft sowie bei Nichtzahlung des Folgebeitrages zum Jahresende.

MitgliedsNr: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Ort:

Datum:

Unterschrift:

Gemäß DSGVO teilen wir mit, dass Ihre Daten elektronisch gespeichert und nur zu vereinsinternen Zwecken benutzt werden. Durch obige Unterschrift wird das Einverständnis hierzu gegeben.



# Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

An den  
DCG-Schatzmeister  
Michael Schulte  
Heckenweg 18  
D 32049 Herford

## Zahlungsempfänger:

Name: Deutsche Cichliden-Gesellschaft e.V.  
Straße, Haus-Nr.: Heckenweg 18  
PLZ, Wohnort: D 32049 Herford

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 49 ZZZ 000000 17420

## Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):

(Als Mandatsreferenz werden die letzten 4 Stellen Ihrer DCG-Mitglieds-Nr. verwendet.)

## SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen die Deutsche Cichliden-Gesellschaft e.V.,  
Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Deutschen  
Cichliden-Gesellschaft e.V. auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem  
Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit  
meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

**Zahlungsart:** wiederkehrende Zahlung

Daten des / der Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Anrede: \_\_\_\_\_ Vorname (n): \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_

Straße, Haus-Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Name der Bank: \_\_\_\_\_ Ort der Bank: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_ BIG: \_\_\_\_\_  
- - - - - (nur für Auslandsüberweisung)

Ort: \_\_\_\_\_ Datum : \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Unterschrift (en) des / der Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)