

# ANTRAG AUF ABSCHLUSS EINER STERBEGELDVERSICHERUNG



An die  
Sterbekasse  
Evangelischer Freikirchen VVaG  
Am kleinen Wannsee 5A  
14109 Berlin

☎ 030-79 70 29 03  
✉ info@sterbekasse-berlin.de  
🌐 www.sterbekasse-berlin.de

## VERSICHERUNGSNEHMER

HERR FRAU VORNAME / NAME

\_\_\_\_\_

GEBURTSNAME

GEBURTSDATUM

\_\_\_\_\_

Sind Sie bereits Mitglied  
unserer Sterbekasse?

STRASSE

NR.

JA NEIN

\_\_\_\_\_

PLZ

ORT

TELEFON / MOBIL

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

KONFESSION / KIRCHE

EMAIL

\_\_\_\_\_

## DETAILS ZUR VERSICHERUNG

VERSICHERUNGSSUMME

VERSICHERUNGSBEGINN

BEITRAG ZAHLEN BIS EINSCHLIESSLICH DES

\_\_\_\_\_

Ich erkläre, dass ich wissentlich weder mit einer die Lebensdauer nachteilig beeinflussenden Krankheit, noch mit einem Schaden behaftet bin, der ein baldiges Ableben befürchten lässt. Ich bin davon unterrichtet, dass unwahre Angaben den Anspruch auf die Versicherungssumme verwirken.

ORT UND DATUM

UNTERSCHRIFT (BEI MINDERJÄHRIGEN DER/DES ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN)

\_\_\_\_\_

## BEITRAGSZAHLUNG

Beitragszahlung:

EINMALIG

\_\_\_\_\_ Euro

oder

MONATLICH

\_\_\_\_\_ Euro

per

ÜBERWEISUNG

EINZUGSERMÄCHTIGUNG. Beiträge bis auf Widerruf von diesem Konto abbuchen:

KONTOINHABER

\_\_\_\_\_

IBAN / KONTONUMMER

BLZ / BIC

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ORT UND DATUM

UNTERSCHRIFT DES KONTOINHABERS

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bitte senden Sie den unterschriebenen Antrag per Post an die Sterbekasse.  
Aus rechtlichen Gründen können wir ihn nicht per E-Mail, Fax o. ä. annehmen.