Antrag auf Rechtsschutzversicherung in der

Gruppenversicherung des Lebenswelt Heim Bundesverbandes,

1230 Wien, Erlaaer Platz 4

Ich beantrage versicherte Person in der Rechtsschutz-Gruppenversicherung

des Lebenswelt Heim Bundesverbandes zu werden.

***Familienname****:*

*...............................................................................................................................*

***Vorname****:*

*...............................................................................................................................*

***Adresse privat:***

*……………………………………………………………..…………………….……....*

***Email-Adresse privat:***

*:……………………………………………………………………………………………*

***Sozialversicherungsnummer:***  *………………………………………*

***Als Führungskraft in Funktion als***

*...............................................................................................................................*

***beschäftigt*** *bei:*

***Name der Einrichtung:***

*...............................................................................................................................*

*...............................................................................................................................*

***Anschrift der Einrichtung:***

*...............................................................................................................................*

***PLZ:*** *..........................* ***Ort:*** *.................................................................................*

***Telefon*:** ..................................................................

Meine personenbezogenen Daten werden ausschließlich an die Makleragentur Koban Südvers GmbH, Schulring 14, 3100 St. Pölten sowie den Versicherer Zürich Versicherung AG, 1010 Wien übermittelt.

Ich bestätige, dass ich selbst oder meine Einrichtung oder meine Heimleitung Mitglied in einer Arbeitsgemeinschaft eines Bundeslandes bin, die selbst Mitglied des Lebenswelt Heim Bundesverbandes sind.

Des Weiteren bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Ich stimme den Versicherungsbedingungen zu und nehme zur Kenntnis, dass der Versicherungsschutz nur bei Bezahlung meiner Prämie gegeben ist.

............................. ............................ ..............................................

Ort Datum Unterschrift