

KVD Kleingarten-Versicherungsdienst GmbH

1. Versicherungsnehmer:

Vor - und Zuname: _____

Wohnanschrift: _____ Tel.: _____

Kleingartenverein: _____

Versicherungs - Nr.: _____ / _____
Vereins - Nr. Kleingarten - Nr.

2. Versicherungsschutz: (* nicht zutreffend, Beitrag streichen)

	<u>Jahresbeitrag</u>	<u>Ab dem 01.Juli</u> <u>Im Abschlußjahr</u>
Grundversicherung: (5.000,- EUR für Gebäude / 2.000,- EUR für Inhalt der Laube)	30,00 €	15,00 €
Höherversicherung für Gebäude: 1,00 EUR je 500,- EUR		€
Höherversicherung für den Inhalt: 4,00 EUR je 500,- EUR		€
Familien-Unfallversicherung für Kleingärtner:	3,00 € *	3,00 € *
Jahresbeitrag inkl. Versicherungssteuer:	€ =====	€ =====

3. Hinweise zum Versicherungsabschluß:

Das Versicherungsjahr ist das Kalenderjahr (vom 01.01. bis 31.12.).

Mit der Einzahlung des Gesamtbeitrages wird die abgeschlossene Versicherung wirksam.

Für das Folgejahr ist der fällige Versicherungsbeitrag unaufgefordert bis zum **30.11. jeden Jahres** zu entrichten.

Alle Beiträge sind unter Angabe des **Versicherungsnehmers**, **Verwendungszwecks** und der **Versicherungs-Nr.** auf das Konto des Kreisverbandes der Gartenfreunde Schwerin e.V. zu überweisen. Bei Abschluss der Versicherung nach dem 01.Juli im Abschlussjahr, halbiert sich nur der Grundbetrag, Höherversicherungen (Gebäude, Inhalt) nicht.

Sparkasse Mecklenburg-Schwerin: IBAN: DE87 1405 2000 0396 0932 48

BIC: NOLADE21LWL

Bei Vereinskassierung sind die Beiträge an den zugehörigen Kleingartenverein zu zahlen!

Der Versicherungsabschluß wird in der Versicherungsliste des Kreisverbandes der Gartenfreunde Schwerin e.V. geführt.

Die Versicherungsbedingungen und -umfang sowie die Entschädigungsleistungen sind den Merkblättern, (Laubenversicherung (Stand: 01.01.2020) bzw. Familien-Unfallversicherung (Stand: 01.01.2004) des KVD Kleingarten-Versicherungsdienst GmbH zu entnehmen.

Änderungen beim Versicherungsnehmer (z.B. Adressen) und zum Versicherungsschutz sind dem Kreisverband der Gartenfreunde Schwerin e.V. unverzüglich mitzuteilen.

Der Versicherungsnehmer wurde über die Folgen der Unterversicherung informiert.

Die Datenschutzhinweise habe ich zur Kenntnis genommen

Schwerin, den

Unterschrift
Versicherungsnehmer

Unterschrift und Stempel
Beauftragter des Kreisverbandes