

# MITGLIED WERDEN

Schnell ausfüllen und schon beraten lassen!

Anrede :  Herr  Frau

Bitte die mit \* gekennzeichneten Pflichtfelder ausfüllen.

Vorname\*

Nachname\*

Geburtstag\*

E-Mail\*

Straße\*

Haus-Nr.\*

Postleitzahl\*

Ort\*

Telefon (freiwillige Angabe)

**CO-MITGLIED** Wenn Sie mögen, können Sie Ihre(n) Lebenspartner(in) als Co-Mitglied einfügen (auch später möglich).

Anrede :  Herr  Frau Geburtstag:\*

Vorname\*

Nachname\*

**SEPA-Lastschriftmandat** BdV Verwaltungs GmbH, Gasstr. 18 - Haus 4, 22761 Hamburg  
Gläubiger-Identifikationsnummer DE50BVG0000003434 (Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt)

Ich ermächtige die BdV Verwaltungs GmbH, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der BdV Verwaltungs GmbH auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

BIC\*

IBAN\*

Ggf. Abweichende(r) Kontoinhaber(in):

Vorname

Nachname

Straße

Haus-Nr.

Postleitzahl

Ort

Unterschrift (wenn Kontoinhaber(in) abweichend)

Wie haben Sie von uns erfahren? \_\_\_\_\_

- Ja, ich möchte vom BdV mit spannenden News und Termin-Updates versorgt werden.  
Im Mitgliederportal kann ich mich jederzeit vom Newsletter abmelden.

Danke, dass Sie unser Engagement für den Verbraucherschutz unterstützen möchten. Sie treten mit dieser Erklärung dem Bund der Versicherten e. V. (BdV), Gasstr. 18 – Haus 4, 22761 Hamburg bei und erkennen die Satzung an. Sobald Sie eine schriftliche Bestätigung Ihrer Beitrittserklärung erhalten, sind Sie offizielles Vereinsmitglied. Die Aufnahmegebühr von 8 Euro sowie der Jahresbeitrag in Höhe von 78 Euro (für unter 25-Jährige die Hälfte) werden per Lastschrift von Ihrem Konto abgebucht. Sie können frühestens ein Jahr nach dem Beitritt den Austritt erklären, dabei gilt eine Frist von sechs Wochen zum Ende eines Kalenderhalbjahres (30.06. oder 31.12).

Ort, Datum\*

Unterschrift\*

Senden Sie uns den Antrag per Post, oder per E-Mail an: [info@bunddersicherten.de](mailto:info@bunddersicherten.de) • Tel.Nr. für Rückfragen: +49 40 - 357 37 30 0

## WIDERRUFSBELEHRUNG

---

### I. Widerrufsrecht

Sie haben das Recht, binnen vierzehn Tagen ohne Angabe von Gründen diesen Vertrag zu widerrufen. Die Widerrufsfrist beträgt vierzehn Tage ab dem Tag des Vertragsabschlusses.

Um Ihr Widerrufsrecht auszuüben, müssen Sie uns

Bund der Versicherten e. V. , Gasstr. 18 - Haus 4, 22761 Hamburg

Telefonnummer: +49 40 – 357 37 30 00 • Telefaxnummer: +49 40 – 357 37 30 99

E-Mail-Adresse: [info@bunddersicherten.de](mailto:info@bunddersicherten.de)

mittels einer eindeutigen Erklärung (z. B. ein mit der Post versandter Brief, Telefax oder E-Mail) über Ihren Entschluss, diesen Vertrag zu widerrufen, informieren. Sie können dafür das beigefügte Muster-Widerrufsformular verwenden, das jedoch nicht vorgeschrieben ist.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist reicht es aus, dass Sie die Mitteilung über die Ausübung des Widerrufsrechts vor Ablauf der Widerrufsfrist absenden.

### II. Folgen des Widerrufs

Wenn Sie diesen Vertrag widerrufen, haben wir Ihnen alle Zahlungen, die wir von Ihnen erhalten haben, einschließlich der Lieferkosten (mit Ausnahme der zusätzlichen Kosten, die sich daraus ergeben, dass Sie eine andere Art der Lieferung als die von uns angebotene, günstigste Standardlieferung gewählt haben), unverzüglich und spätestens binnen vierzehn Tagen ab dem Tag zurückzuzahlen, an dem die Mitteilung über Ihren Widerruf dieses Vertrags bei uns eingegangen ist. Für diese Rückzahlung verwenden wir dasselbe Zahlungsmittel, das Sie bei der ursprünglichen Transaktion eingesetzt haben, es sei denn, mit Ihnen wurde ausdrücklich etwas anderes vereinbart; in keinem Fall werden Ihnen wegen dieser Rückzahlung Entgelte berechnet.

Haben Sie verlangt, dass die Dienstleistungen während der Widerrufsfrist beginnen sollen, so haben Sie uns einen angemessenen Betrag zu zahlen, der dem Anteil der bis zu dem Zeitpunkt, zu dem Sie uns von der Ausübung des Widerrufsrechts hinsichtlich dieses Vertrags unterrichten, bereits erbrachten Dienstleistungen im Vergleich zum Gesamtumfang der im Vertrag vorgesehenen Dienstleistungen entspricht.

---

## MUSTER-WIDERRUFSFORMULAR

Wenn Sie den Vertrag (Ihre Beitrittserklärung) widerrufen wollen, dann füllen Sie bitte dieses Formular aus und senden Sie es zurück an:

Bund der Versicherten e. V. , Gasstr. 18 - Haus 4, 22761 Hamburg

Telefonnummer: +49 40 – 357 37 30 00 • Telefaxnummer: +49 40 – 357 37 30 99

E-Mail-Adresse: [info@bunddersicherten.de](mailto:info@bunddersicherten.de)

**Hiermit widerrufe ich den von mir abgeschlossenen Vertrag über die Vereinsmitgliedschaft.**

\_\_\_\_\_  
Beitritt erklärt am

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Nachname

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (nur bei Mitteilung auf Papier)