



Angebot/Antrag zur
Gästeversicherung (Haftpflicht- und Unfallversicherungsschutz)
 für Schützenvereine des Bayerischen Sportschützenbundes e.V.

Antragsteller:

Gau: **BSSB-Vereins-Nr.:**

Veranstaltung
 (Bezeichnung)

Veranstaltungsbeginn: **Veranstaltungsende:**

Anzahl der Gäste:

Ansprechpartner:

Telefonisch zu erreichen (tagsüber):

Telefax:

Wir beantragen die Einmalbeitrag

Haftpflichtversicherung für unsere Gäste/GastschützenInnen
 Die Versicherungssummen betragen
 10.000.000 Euro pauschal für Personen-, Sach- und/oder Vermögensschäden

Beitrag je Gastschütze: 0,15 Euro (Mindestbeitrag 40,- Euro) _____

Unfallversicherung für unsere Gäste/GastschützenInnen
 Die Versicherungssummen betragen
 100.000 Euro Invaliditäts-Kapital (ohne Mehrleistung)
 10.000 Euro Todesfall-Kapital
 10.000 Euro Kosten für kosmetische Operationen
 10.000 Euro Bergungskosten

Beitrag je Gastschütze: 0,46 Euro (Mindestbeitrag 60,- Euro) _____

Hinweis: Die gesetzliche Versicherungssteuer von derzeit 19 % ist jeweils hinzuzurechnen.

Zahlungsweise: per Lastschriftinzug (siehe SEPA-Lastschriftmandat) per Rechnung

Ort/Datum: **Unterschrift:**

Vertragsgrundlagen sind die AHB/BVV und die AUB98/BVV -siehe Angebot.
Widerspruchsrecht: Dem Abschluß des Versicherungsvertrages kann bis zum Ablauf von 14 Tagen nach Zugang des Versicherungsscheines und der darin bezeichneten Anlagen schriftlich widersprochen werden. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerspruchs. Wenn sofortiger Versicherungsschutz gewünscht wird, besteht insoweit kein Widerspruchsrecht.
Datenschutzklausel: Auf Wunsch wird das Merkblatt zur Datenverarbeitung zugesandt. Das Merkblatt kann unter der Telefonnummer 089/2160-3511 angefordert werden.

Bitte senden Sie Ihren Antrag zurück an
 LIGA-Gassenhuber Versicherungsagentur GmbH, Postfach 11 14, 82025 Grünwald
 Tel. Nr. 089/641895-0, Telefax 089/641895-15

SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende SEPA-Basislastschriften

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die unten stehende Gesellschaft, Zahlungen für die genannten Versicherungsverträge von meinem/unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich meine/weisen wir unseren unten genannten Zahlungsdienstleister an, die von der Gesellschaft auf mein/unser Konto gezogene SEPA-Lastschriften einzulösen.

Ich erhalte/Wir erhalten über die bevorstehende SEPA-Lastschrift spätestens drei Tage zuvor eine gesonderte Nachricht.

Hinweise: 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 Zahlungsdienstleister vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber: Name, Vorname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Ort

IBAN
DE

BIC

Bank

Sofern die Beiträge von meinem/unserem Konto für den Versicherungsvertrag eines Dritten eingezogen werden, erkläre(n) ich/wir uns damit einverstanden, das die vorgenannte Nachricht nur an den Dritten gesendet wird

Das SEPA-Lastschriftmandat gilt für weitere Verträge beim Bayerischen Versicherungsverband (Aufstellung bitte beifügen)

Ort, Datum

Unterschrift(en) des/der Kontoinhaber(s)

Ihre Mandatsreferenznummer ist Ihre Versicherungsnummer.

Unsere Gläubiger-Identifikationsnummer lautet:

Versicherungskammer Bayern

DE80VKB00000157415

Versicherungsanstalt des öffentlichen Rechts

Maximilianstraße 53, 80530 München