

## Antrag für **ADFC** • **AS**sekuranz - Versicherungsschutz für ADFC Geschäftsstellen und Infoläden

### Antragsteller/in

Anrede	<input type="radio"/> Firma <input type="radio"/> Herr <input type="radio"/> Frau	Ansprechpartner	<input type="text"/>
Name, Vorname	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>
Strasse, Hausnummer	<input type="text"/> <input type="text"/>	Telefax	<input type="text"/>
Postleitzahl, Ort	<input type="text"/> <input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>

### Risikort

Büro / Geschäftsstelle  Infoladen

Strasse, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

### Gewünschter Versicherungsschutz im Rahmen der ADFC-Sondervereinbarung

**Inhaltsversicherung** mit einer Versicherungssumme von EUR 25.000,00 X

inkl. Betriebsunterbrechungsschäden bis zur Versicherungssumme (+ EUR 60,00)

inkl. Glasbruchschäden (+ EUR 36,00)

**Haftpflichtversicherung**

### Mögliche Vertragserweiterungen

Schlüsselschäden als Mieter bis EUR 15.000,00 (+ EUR 30,00)  Sonstige Erweiterung:

2. Risikort:  3. Risikort:

### Vertragsbeginn

Frühestens Eingang bei P&P Pergande & Pöthe GmbH.

Dauer: 1 Jahr mit jährlicher Verlängerung, wenn nicht spätestens 3 Monate vor Ablauf von einer Seite schriftlich gekündigt wird.

### Zahlungsweise

jährlich  halbjährlich  vierteljährlich

Ratenzahlungszuschläge: 3% halbjährlich (effektiv 3,0225 %),  
5% vierteljährlich (effektiv 5,0945 %). Unterjährige Zahlungsweise ist nur möglich, bei einer Mindestrate von EUR 25,00

Beitrag laut Zahlweise (EUR)

(Alle zuvor genannten Beiträge gelten zuzüglich Ratenzahlungszuschlag und Versicherungssteuer.)

Mandat für wiederkehrende Zahlungen • Die Mandatsreferenznummer wird separat mitgeteilt • Gläubiger-Identifikationsnummer: DE83ZZ00000127679  
Ich/Wir ermächtigen die Firma P&P Pergande & Pöthe GmbH regelmäßig Beiträge von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/weisen wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der P&P Pergande & Pöthe GmbH auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.  
Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen beginnend mit dem Belastungsdatum bei meinem/unserem Kreditinstitut die Erstattung des belasteten Beitrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber/in:  IBAN:

BIC:  Name des Kreditinstituts:

Ort:  Unterschrift des Kontoinhabers/in:   
(falls abweichend)

Datum:  Unterschrift des Antragstellers/in:

Der/die Antragsteller/in wünscht ausdrücklich eine ADFC-ASsekuranz (Haftpflicht oder Inhalt) und verzichtet auf eine Dokumentation, bzw. insbesondere auf eine weitergehende Beratung zu anderen Versicherungen. **Bitte senden Sie den Antrag an:**