

Antrag auf Mitgliedschaft

Vereinigung zur Förderung deutscher Gewerkschaften e.V.

Hier beantrage ich

☐ Frau ☐ Herr ☐ Divers

Name*: _____ Vorname*: _____ Geb.Dat.*: _____

Straße, Hausnummer*: _____

PLZ, Ort*: _____

Mail*: _____ Telefon*: _____

Gewerkschaft*: _____ Mitgliedsnummer*: _____

Arbeitgeber*: _____

ab dem 01. ____ .20 ____

die Aufnahme als passives Mitglied in der Vereinigung zur Förderung deutscher Gewerkschaften e.V.

Als Form der Mitgliedschaft mit dem jeweiligen Mitgliedsbeitrag entscheide ich mich für:

Jahresbeitrag

☐ Einzelmitglied⁴ (Mitglied einer DGB-Gewerkschaft)

10,00 Euro

☐ Fördermitglied⁴

30,00 Euro

Ich bin aktives Mitglied in der Gewerkschaft bzw. Funktionär/in und/oder Mitglied einer Betriebspartei ☐ ja ☐ nein

Falls ja, in welcher Funktion: _____

Die aktuelle Satzung² und Datenschutzerklärung³ habe ich zur Kenntnis genommen und stimme hiermit zu.
Vorteile, die mir der Verein bietet, bekomme ich via Mail mitgeteilt bzw. finde diese unter www.vfdg.de.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Antragstellerin/Antragstellers

* Die Angaben sind zwingend erforderlich. Die Kommunikation erfolgt ausschließlich via Mail. Ich will gut informiert sein und akzeptiere bis auf Widerruf die Zusendung von Angeboten und Informationen.

¹ Nur bei Firmen, Einrichtungen, Vereine etc. geben ihren Namen neben dem Kreuz an und den Ansprechpartner unter Name, Vorname.

² Die jeweils gültige Satzung finden Sie unter www.vfdg.de/satzung. Diese und ältere Versionen können auch direkt beim Verein angefordert werden.

³ Die jeweils gültige Datenschutzerklärung finden Sie unter www.vfdg.de/datenschutz. Diese und ältere Versionen können auch direkt beim Verein angefordert werden.

⁴ Diese Mitgliedschaft beinhaltet den Zugang zu exklusiven Versicherungen. Das Angebot richtet sich primär an aktive Mitglieder in einer Gewerkschaft bzw. Funktionäre/innen und/oder Mitglieder einer Betriebspartei. Die Mindestdauer dieser Mitgliedschaft orientiert sich am Versicherungsprodukt und liegt bei 2 Jahren. Diese Mitgliedschaft ist nach 2 Jahren mit einer Frist von 3 Monaten zur Hauptfälligkeit kündbar. Die Mitgliedschaft wird in diesem Zusammenhang um den Status einer ehrenamtlichen Beschäftigung zum Wohle der Vereinsziele ergänzt. Der zusätzliche Antrag auf Zusatzleistung für Mitarbeiter ist ab dem 25.10.2021 mit den jeweiligen Eigenbeitrag ist Voraussetzung dafür

SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger: Vereinigung zur Förderung deutscher Gewerkschaften e.V. {VFdG}
Inselstr. 6
10179 Berlin

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE30ZZZ00002428988 Mandatsreferenznummer
Mitgliedsnummer- wird gesondert mitgeteilt

Ich ermächtige/Wir ermächtigen den VFdG - Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom VFdG auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Die Kontobelastung (Fälligkeitsdatum) des nebenstehenden Betrages erfolgt am 10. des Beitrittsmonats (oder dem folgenden Geschäftstag) jeden Jahres. In der Mitgliederbestätigung erfolgt eine genaue Bestätigung.

Hinweis: 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 Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Straße mit Hausnr., PLZ und Ort der/des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

IBAN:

DE | | | | |

Kreditinstitut des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

BIC:

Ort, Datum

Unterschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Von diesem SEPA-Lastschriftmandat und dem nebenstehenden Mitgliedsantrag hat sich der Zahlungspflichtige (Kontoinhaber) eine Kopie behalten bzw. erhält eine Bestätigung des Vereines.

.....hier für Postversand falten.....

Eine Zusendung kann auch per Email an mitglieder@vfdg.de oder per Fax an **06353 5080201** erfolgen.

Bei Postversand bitte zurück an:

Vereinigung zur Förderung deutscher Gewerkschaften {VFdG} e.V.
Inselstr. 6
10179 Berlin

Antrag auf ergänzenden Versicherungsschutz für ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Vereinigung zur Förderung deutscher Gewerkschaften e.V.

Hier beantrage ich

☐ Frau ☐ Herr ☐ Divers

Name*: _____ Vorname*: _____ Geb.Dat.*: _____

Mitgliedsnummer (sofern bekannt)*: _____

Gesundheitsbudget:¹

Monatsbeitrag⁴

☐ VitalBudget 300

9,95 Euro

☐ VitalBudget 600 unlimited

21,10 Euro³

☐ VitalBudget 900

28,27 Euro



Möglichkeiten der Kombination:

VitalBudget 300 + VitalBudget 600
Vitalbudget 600 + VitalBudget 900

Pflegebudget:²

☐ CareBudget 300 Euro for family

13,30 Euro

☐ CareBudget 600 Euro for family

24,90 Euro

☐ CareBudget 15.000 Euro for me

6,20 Euro



Möglichkeiten der Kombination:

CareBudget 300 + CareBudget 15.000
CareBudget 600 + CareBudget 15.000

Ort, Datum

Unterschrift der/des Antragstellerin/Antragstellers

* Die Angaben sind zwingend erforderlich. Die Kommunikation erfolgt ausschließlich via Mail. Ich will gut informiert sein und akzeptiere bis auf Widerruf die Zusendung von Angeboten und Informationen.

¹ Vor Antragstellung wurden die Versicherungsbedingungen und die Produktinformation durch den Versicherungsmakler OPTICON oder einer seiner beauftragten Vertriebspartner via Mail zugestellt oder via web-Auftritt www.vitalbudget.de heruntergeladen und verstanden. Ich habe die jeweilige "Schweigepflichtentbindungserklärung zur Verwendung von Daten, die dem Schutz des § 203 StGB unterliegen" gelesen und erteile mit meiner Unterschrift die darin enthaltene Einwilligungen.

Leistungserbringer sind die jeweiligen produktgebenden Versicherer Barmeria Krankenversicherung AG oder Hallesche Krankenversicherung aG.

² Vor Antragstellung wurden die Versicherungsbedingungen und die Produktinformation durch den Versicherungsmakler OPTICON oder eines seiner Vertriebspartner via Mail zugestellt oder via web-Auftritt www.carebudget.de heruntergeladen und verstanden. Ich habe die "Schweigepflichtentbindungserklärung zur Verwendung von Daten, die dem Schutz des § 203 StGB unterliegen" gelesen und erteile mit meiner Unterschrift die darin enthaltene Einwilligungen.

Leistungserbringer ist der produktgebende Versicherer Hallesche Krankenversicherung aG.

³ Der angegebene Monatsbeitrag weicht ab, wenn es sich nicht um die Altersgruppen 16 - 67 Jahre handelt. Bei jüngere Mitglieder reduziert sich der Monatsbeitrag auf 16,70 Euro und bei älteren Mitglieder erhöht er sich auf 43,00 Euro. Eine Änderung kann auch durch einen Alterssprung in einem bestehenden Vertrag stattfinden. Sollte der Tarifbeitrag für das Versicherungsprodukt seitens des Versicherers geändert werden, passt sich dieser automatisch an. Es besteht in diesem Fall ein außerordentliches Kündigungsrecht innerhalb von 4 Wochen nach Kenntnisnahme.

⁴ Das vorliegenden SEPA-Mandat greift hiermit neben der Mitgliedschaft auch für die beantragten Angebote auf zusätzlichen Versicherungsschutz.