

# Erhöhungs-Antrag

## Begräbniskasse Neustadt bei Coburg

Tarif VII vom 01.01.2014

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname, evtl. Geburtsname - Mitgliedsnummer)

\_\_\_\_\_  
(Geburtsdatum)

\_\_\_\_\_  
(Telefon)

\_\_\_\_\_  
(Straße, Hausnummer)

\_\_\_\_\_  
(Postleitzahl, Wohnort)

Ich beantrage die Erhöhung meiner Sterbegeldversicherung bei der Begräbniskasse Neustadt b. Coburg. Für die Erhöhung gilt die aktuelle Satzung. Diese erhalte ich mit dem neuen Versicherungsschein.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers bzw. des gesetzlichen Vertreters

### 2150,- € Versicherungssumme (bitte zutreffendes ankreuzen)

Eintrittsalter Jahre	00-15 *	16-20	21-25	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50
Jahresbeitrag / 5 Versicherungsanteile - <b>zzgl. des bisherigen Beitrages - in €</b>	14,00	16,00	19,00	22,50	27,00	32,50	40,00	50,00
* Falls ein Elternteil mitversichert ist sind Kinder bis 16 Jahre frei								

Eintrittsalter Jahre	51-55	56-58	59-60	61-63	64-65	
Jahresbeitrag / 5 Versicherungsanteile - <b>zzgl. des bisherigen Beitrages - in €</b>	65,00	81,50	85,00	100,00	115,00	

### 3225,- € Versicherungssumme (bitte zutreffendes ankreuzen)

Eintrittsalter Jahre	00-15 *	16-20	21-25	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50
Jahresbeitrag / 10 Versicherungsanteile - <b>zzgl. des bisherigen Beitrages - in €</b>	28,00	32,00	38,00	45,00	54,00	65,00	80,00	100,00
* Falls ein Elternteil mitversichert ist sind Kinder bis 16 Jahre frei								

Eintrittsalter Jahre	51-55	56-58	59-60	61-63	64-65	
Jahresbeitrag / 10 Versicherungsanteile - <b>zzgl. des bisherigen Beitrages - in €</b>	130,00	163,00	170,00	200,00	230,00	

**Erhöhungs-Antrag**  
**Begräbniskasse Neustadt bei Coburg**  
Tarif VII vom 01.01.2014

Begräbniskasse Neustadt b. Coburg, Geschäftsstelle Brahmsstr. 7, 96465 Neustadt

**SEPA - Einzugsermächtigung**

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE65ZZZ00000139255

Mandatsreferenz = Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_

Hiermit ermächtige(n) ich/wir Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtende jährliche Zahlung für die **Begräbniskasse Neustadt b. Coburg** bei Fälligkeit mittels Lastschrift von meinem/unserem Girokonto einzuziehen.

Hinweis: Ich/Wir kann/können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname)

\_\_\_\_\_  
(Straße, Hausnummer, Postleitzahl und Wohnort)

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut (Name und BIC)

DE\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
Kontonummer

\_\_\_\_\_  
(Datum, Ort, Unterschrift)

\_\_\_\_\_  
(Kontoinhaber, falls abweichend von Versicherten)