

---bitte versenden an---

GdP Niedersachsen
Berckhusenstraße 133a
30625 Hannover

Ich möchte für mich das angekreuzte GdP – Schutzpaket.

<p>Basis</p> <div style="border: 1px solid black; background-color: #2e7d32; color: white; padding: 10px; width: 90%; margin: auto;"> <p>Sofortleistung für Vollzugsbedienstete Bei Verletzung: 2.500 EUR Im Todesfall: 50.000 EUR Monatsbeitrag* 2,64 EUR</p> </div> <input style="width: 30px; height: 20px; margin-left: auto; margin-right: 0;" type="checkbox"/>	<p>Komfort</p> <div style="border: 1px solid black; background-color: #2e7d32; color: white; padding: 10px; width: 90%; margin: auto;"> <p>Sofortleistung für Vollzugsbedienstete Bei Verletzung: 5.000 EUR Im Todesfall: 100.000 EUR Monatsbeitrag* 5,30 EUR</p> </div> <input style="width: 30px; height: 20px; margin-left: auto; margin-right: 0;" type="checkbox"/>
<p>Top</p> <div style="border: 1px solid black; background-color: #2e7d32; color: white; padding: 10px; width: 90%; margin: auto;"> <p>Sofortleistung für Vollzugsbedienstete Bei Verletzung: 2.500 EUR Im Todesfall: 50.000 EUR</p> <p>Unfallrente ab 50% Invalidität 250 EUR monatlich Unfallrente ab 90 % Invalidität 500 EUR monatlich Monatsbeitrag* Männer: 5,47 EUR ; Frauen: 4,77 EUR</p> </div> <input style="width: 30px; height: 20px; margin-left: auto; margin-right: 0;" type="checkbox"/>	<p>Exklusiv</p> <div style="border: 1px solid black; background-color: #2e7d32; color: white; padding: 10px; width: 90%; margin: auto;"> <p>Sofortleistung für Vollzugsbedienstete Bei Verletzung: 5.000 EUR Im Todesfall: 100.000 EUR</p> <p>Unfallrente ab 50% Invalidität 250 EUR monatlich Unfallrente ab 90 % Invalidität 500 EUR monatlich Monatsbeitrag* Männer: 8,12EUR ; Frauen: 7,41 EUR</p> </div> <input style="width: 30px; height: 20px; margin-left: auto; margin-right: 0;" type="checkbox"/>

*Beitrag inkl. Dauernachlass & Sonderkonditionen für GdP-Mitglieder. Beitrag nach Gefahrengruppe A (z.B. Kommissar im Vollzugsdienst). Bei besonderen Einsatzdiensten kann der genannte Beitrag abweichen. Es gelten die Regelungen hinsichtlich des Mindest-Monatsbeitrages.

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Straße: _____

Postleitzahl: _____ Ort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Ich bin bereits Kunde in der PVAG Unfallversicherung?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Leisten Sie besonderen Einsatzdienst (GSG9 / SEK)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Ich wünsche eine persönliche Beratung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	

Ja, ich bin damit einverstanden, dass die GdP diese Willenserklärung an einen ausgewählten Beschäftigten der PVAG Polizeiversicherungs-AG / SIGNAL IDUNA Gruppe übergibt und dieser mir einen vorgefertigten Antrag zur Unterschrift sendet. Bei Rückfragen darf mich der Beschäftigte anrufen oder mir eine E-Mail schreiben. Mir ist bewusst, dass es sich bei den angebotenen Paketen um eine Grundabsicherung handelt.

(Datum, Ort, Unterschrift)

Bitte ausfüllen, unterschreiben und an die oben genannte Adresse verschicken oder per Fax an: (0511) 530 37-50