



Versicherungsstelle Deutscher Wald
In Partnerschaft mit AXA Versicherung AG



FVN Service GmbH
Kirchaitnach 28
94262 Kollnburg

info@fvn-service.de
www.fvn-service.de

Beitrittserklärung / Versicherungsantrag zum Sammelversicherungsvertrag der FVN Service GmbH

(Rückgabe bei der Geschäftsführung des Forstlichen Zusammenschlusses)

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum über die FVN Service GmbH angebotenen Sammelversicherungsvertrag

Name	
Vorname	
Straße Haus-Nr.	
PLZ / Wohnort	
WBV / FBG	

Beantragt wird die:

- Waldbesitzer-Haftpflichtversicherung**
- Umweltschadenversicherung**
- Wald-Sturmversicherung**
(nur in Kombination mit Waldbrand- oder Waldbesitzer-Haftpflichtversicherung)
- Waldbrandversicherung**

Meine Waldflächen verteilen sich wie folgt:

Gemarkung/Flur/FIST.:		Hektar
Gemarkung/Flur/FIST.:		Hektar
Gemarkung/Flur/FIST.:		Hektar

Deklarierte zu versichernde Gesamtwaldfläche:	Hektar
--	---------------

Ich versichere hiermit, dass ich **meine gesamte Waldfläche** korrekt angegeben habe und Eigentums- bzw. Flächenänderungen innerhalb von 4 Wochen dem forstlichen Zusammenschluss anzeigen werde. Mir ist bewusst, dass falsche Angaben bei den Waldflächen zur Einschränkung oder Verlust des Versicherungsschutzes führen können. Die Versicherungsbeschreibung ist umseitig abgedruckt. Die weiteren Bedingungen können in der Geschäftsstelle des forstlichen Zusammenschlusses eingesehen werden.

Der Deckungsschutz beginnt mit Vorliegen der Beitrittserklärung bei dem Forstlichen Zusammenschluss. Der forstliche Zusammenschluss ist verpflichtet, die Versicherungsbeiträge an den Risikoträger – die AXA Versicherung AG – gesammelt abzuführen. Waldbesitzer, die während einer laufenden Versicherungsperiode als neues Mitglied in den Sammelvertrag des forstlichen Zusammenschlusses eintreten, sind bis zum Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres automatisch mitversichert, ohne dass es einer unterjährigen Anzeige an den Versicherer bedarf.

Für die **Gewährung des Versicherungsschutzes wird der Lastschriftzug durch den forstlichen Zusammenschluss vorausgesetzt**. Aufgrund des günstigen Sammelversicherungsvertrages, erfolgt keine Policierung – es wird keine individuelle Versicherungsbestätigung ausgestellt. Diese Beitrittserklärung gilt als Nachweis des Versicherungsschutzes.

Ort, Datum

Unterschrift (Antragsteller)

SEPA-Lastschriftmandat

Hiermit ermächtige ich/ ermächtigen wir die

Name des Zahlungsempfängers und Gläubiger-Identifikationsnummer (Die Mandatsreferenz wird gesondert mitgeteilt.)
--

Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift jährlich einzuziehen. Zugleich weise ich mein/ weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom o.g. Zahlungsempfänger auf mein/ unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. (nichtzutreffendes bitte streichen)

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

Kontoinhaber /Zahlungspflichtiger (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)	
Kreditinstitut	
BIC	IBAN DE
Ort, Datum	Unterschrift (Zahlungspflichtiger)