

# Neue Hessische Beamtensterbekasse Darmstadt

Sterbekasse für Beamte, Angestellte und Arbeiter des öffentlichen Dienstes sowie Mitglieder einer Freiwilligen Feuerwehr in Hessen, Thüringen, Rheinland-Pfalz -gegründet 1903- Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit

## Wird von der Sterbekasse ausgefüllt-

Posteingang am: \_\_\_\_\_ Mitglieder-Reg. Nr. (Urkunden-Nr.) \_\_\_\_\_

Beitrittsalter: Antragsteller(in) \_\_\_\_\_ Jahre – Monatlicher Beitrag \_\_\_\_\_ € Mitgl.Nr. \_\_\_\_\_

## Aufnahme – Antrag

Der/Die Unterzeichner/in bittet nach Kenntnis der ihm/ihr ausgehändigten „Allgemeinen Versicherungsbedingungen“ unter Beantwortung nachstehender Fragen um die Aufnahme als Mitglied in die

### Neue Hessische Beamtensterbekasse Darmstadt

Vor-und Zuname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Wohnort : \_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer Postleitzahl und Ort

Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber öff.Dienst: \_\_\_\_\_

Mitglied der Freiwilligen Feuerwehr in: \_\_\_\_\_

Gewünschte Versicherungssumme: \_\_\_\_\_

Gewünschter Versicherungsbeginn: \_\_\_\_\_

Empfangsberechtigte(r) der Versicherung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift

Bitte senden Sie den ausgefüllten und unterschriebenen Antrag an die Neue Hessische Beamtensterbekasse, 64241 Darmstadt, Postfach 13 01 26

**b.w.**

**Wir bitten um wahrheitsgemäße Beantwortung folgender Fragen (Striche gelten nicht als Antwort):**

1. Aktuelle Größe und Gewicht:	
2. a) Welche Erkrankungen hatten Sie in den letzten 5 Jahren (ohne Bagatell-Erkrankungen)?  b) Von wann bis wann?  c) Wie war der Heilerfolg (völlige Heilung, Linderung, Folgezustände)?	
3. Leiden Sie an chronischen Krankheiten?  Wenn ja, welche?	
4. Fühlen Sie sich derzeit gesundheitlich beeinträchtigt?  Wenn ja, inwiefern?	
5. Name und Anschrift Ihres Hausarztes:	

## Erklärung

Ich erkläre hierdurch, dass ich vorstehende und umseitige Angaben nach bestem Wissen und Gewissen vollständig gemacht, eine die normale Lebensdauer beeinflussende Krankheit nicht verschwiegen und insoweit nichts Unrichtiges mitgeteilt habe. Gleichzeitig erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Neue Hessische Beamtensterbekasse Darmstadt im **Bedarfsfall** bei dem unter Ziffer 5 genannten Arzt (oder ggfs. bei Ärzten, die mich künftig behandeln werden) vertrauliche Auskünfte einzieht. Ich ermächtige hiermit diese Ärzte zur Auskunftserteilung.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

### Wird von der Sterbekasse ausgefüllt

Durch Beschluss des Vorstandes der Neuen Hessischen Beamtensterbekasse Darmstadt vom \_\_\_\_\_ ist die Aufnahme als Mitglied unserer Kasse genehmigt:

#### Der Vorstand

\_\_\_\_\_  
1. Vorsitzender

\_\_\_\_\_  
Geschäftsführer