

# Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im  
Netzwerk für innovative gesellschaftsübergreifende Agenturlösungen e.V.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

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

Vertriebsdirektion: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

| <input type="checkbox"/> <b>als ordentliches Mitglied*</b>                   | <input type="checkbox"/> <b>als Fördermitglied</b>    |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hauptvertretung                                     | <input type="checkbox"/> Untervermittler der Agentur: |
| <input type="checkbox"/> Generalagentur                                      |   |
| <input type="checkbox"/> Geschäftsstelle / Bezirksdirektion                  |   |
| <input type="checkbox"/> Vertretungsberechtigter Gesellschafter der Agentur: |   |
| <input type="checkbox"/> Mehrfachvermittler                                  |   |

Mit der ordentlichen Mitgliedschaft der IGAL wird grundsätzlich gleichzeitig auch die Mitgliedschaft im BVK Bundesverband Deutscher Versicherungskaufleute e.V. erworben. Ich bin deshalb damit einverstanden, dass die IGAL mich dort anmeldet und meine Daten an den BVK weitergibt. (Streichen falls nicht gewünscht)

Die Satzung des Vereins, sowie die Datenschutzerklärung deren Ausfertigungen ich in der jeweils gültigen Fassung erhalten habe, erkenne ich an und erkläre mich ausdrücklich mit dem Zweck und der Zielsetzung des Vereins einverstanden. Der gemäß Beitragsordnung jeweils fällige Beitrag soll von dem unten genannten Konto abgebucht werden. Bei Nichteinlösung der Lastschrift müssen die zusätzlich anfallenden Bank- und Kontogebühren von mir übernommen werden.

SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige die IGAL e.V. (Gläubiger Identifikations-Nummer DE26ZZZ00000278667) Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der IGAL e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften ein zulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei, die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC des Kreditinstitutes \_\_\_\_\_

Name und Ort des Kreditinstitutes: \_\_\_\_\_

Kontoinhaber, falls abweichend: \_\_\_\_\_

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen und zurück an:

Karsten Steinich – Beirat Mitgliederverwaltung - Goldlackweg 4 – D- 04416 Markkleeberg

Telefon: Tel.: 0341-3584819 Fax.: 0341-3582804 E-Mail: info@igal.de

Stand 01.06.2023



Mitglied im BVK

**AVV** Mitglied im AVV

## Ergänzung Handelsvertreter Rechtsschutz

Als ordentliches Mitglied bitte ausfüllen und dem Mitgliedsantrag beifügen:

Die IGAL bietet ihren ordentlichen Mitgliedern an, dem Sondervertrag „Handelsvertreter-Rechtsschutz“ gemäß Rahmenvertrag mit der ÖRAG Rechtsschutz-Versicherung AG beizutreten. Detailinformationen hierüber habe ich erhalten. Teile dieses Schutzes sind auch in der grundsätzlichen BVK-Mitgliedschaft enthalten.

Ich gebe deshalb folgende Erklärung ab:



### Für Mitglieder im BVK

(Bundesverband Deutscher Versicherungskaufleute)

Mitglieds-Nummer BVK (falls schon vorliegend): \_\_\_\_\_

Ich möchte im Rahmen meiner IGAL-Mitgliedschaft trotzdem den vollen Handelsvertreter-Rechtsschutz (60,-) (gerichtliche Wahrnehmung meiner Interessen / inkl. Untervermittler) Bitte senden Sie mir Antragsunterlagen zu.

Eine Anmeldung durch die IGAL soll nicht erfolgen, da mir der in der BVK-Mitgliedschaft enthaltene Rechtsschutz ausreicht.

Bei IGAL-Mitgliedern, die einer BVK-Mitgliedschaft widersprochen haben, gehen wir davon aus, dass auch der ÖRAG-Rechtsschutz nicht gewünscht wird. Dieser kann aber für 120,- € im Jahr gesondert beantragt werden.

Ort, Datum:

Unterschrift:

