An den  
Wechselseitigen Krankenbeistand   
Raiffeisen KdS  
Raiffeisenstraße 2   
  
39100 Bozen

Ansuchen um den Beitritt zur Gesellschaft „Wechselseitiger Krankenbeistand Raiffeisen“ und zur Pflegesicherung (LTC) für Pensionisten

Der/die Unterfertigte:

geboren am:

in:

Steuernummer:

wohnhaft in (Ort und Straße):

Telefonnummer (mobil) \*)

E-Mail-Adresse: \*)

Ehemalige/r Mitarbeiter/in der Raiffeisenkasse …………………………….…….……….und seit ………………… in Pension

**erklärt**

hiermit der Gesellschaft „Wechselseitiger Krankenbeistand Raiffeisen“ sowie der Pflegesicherung beitreten zu wollen. Außerdem soll gemäß Art. 5 der Geschäftsordnung nachstehender Ehepartner bzw. Lebensgefährte (Unzutreffendes streichen) Mitglied und damit anspruchsberechtigt auf Leistung des WKR sein:

Ehepartner/Lebensgefährte:

geboren am:

in:

Steuernummer:

Telefonnummer (Mobil): \*)

E-Mail-Adresse: \*)

Zusätzliche Pflegesicherung:  Ja  Nein

*\*) Diese Informationen werden für die Registrierung des Mitglieds verwendet und müssen deshalb eindeutig der Person zuordenbar sein. Die E-Mail-Adresse und die Mobiltelefon­nummer vom Pensionisten und Partner müssen unterschiedlich sein! Der Antrag kann sonst nicht angenommen werden.*

Der/die Unterfertigte verpflichtet sich unter eigener Verantwortung, die für die Anerkennung der angeführten Personen vorgesehene Dokumentation einzubringen und jede eventuell zur Bestätigung und Überprüfung verlangte Information zu geben.

**Mit Beschluss des Verwaltungsrates ist das beiliegende Formblatt für die Sepa-Lastschrift zur Einhebung der Beiträge ausgefüllt und unterzeichnet im Original zu retournieren.**

…………………………… ………………………….………………..

Datum Unterschrift Unterfertigte/r

…………………………… ………………………….………………..

Datum Unterschrift Ehepartner/Lebensgefährte

Anlage:

* Sepa-Lastschrift

**Einwilligung zur Verarbeitung und Weitergabe der personenbezogenen Daten im Sinne der Datenschutz-Grundverordnung Nr. 679/2016**

Bezugnehmend auf die Informationsmitteilung im Sinne der Artt. 13 und 14 der europäischen Datenschutz-Grundverordnung Nr. 679/2016, bestätige ich mit meiner Unterschrift in diese Einsicht genommen (siehe [Datenschutzinformationsmitteilung](https://www.wk-raiffeisen.it/footermenu/datenschutz.html) auf [www.wk-raiffeisen.it](file:///C:\Users\ugasd.RVS\AppData\Local\Temp\notesFFF692\www.wk-raiffeisen.it)) und diese verstanden zu haben und erteile durch das Ankreuzen der entsprechenden Kästchen die Einwilligung;

**zur Verarbeitung der mich betreffenden personenbezogenen Daten** sowie jener meiner Familienangehörigen und stimme einer Weitergabe dieser Daten an die in der Mitteilung angeführten Gesellschaften, Behörden und Körperschaften zu, wobei gilt, dass die Daten nur für Zwecke verarbeitet werden dürfen, die eng mit meinem Mitgliedsverhältnis und mit jenen Verpflichtungen verbunden sind, die Gesetze, Verordnungen, EU- Bestimmungen und Verträge vorsehen;

**zur Verarbeitung der mich oder meine Angehörigen betreffenden „besonderen Kategorien von personenbezogenen Daten“ (ehemals „sensible Daten“),** die Sie bereits erhoben haben oder in Erfüllung der in der Mitteilung angeführten Verpflichtungen noch erheben werden. Die Verarbeitung und Weitergabe dieser Daten ist nur dann gestattet, wenn sie für die Verwaltung meines Mitgliedsverhältnisses unerlässlich ist;

Als Zeichen der ausdrücklichen Zustimmung und Einwilligung.

…………………………… ………………………….………………..

Ort und Datum Unterschrift



WECHSELSEITIGER KRANKENBEISTAND RAIFFEISEN

RAIFFEISENSTRASSE 2 – 39100 BOZEN (BZ)

**IT440010000094061180215**  
*Identifikationsnummer des Zahlungsempfängers / Identifiant du créancier /  
Codice identificativo del creditore / Creditor identifier*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | SepaLogoEN_DE | | | …………………………….……. **-** WKR BEITRAG  *Mandatsreferenz – vom Zahlungsempfänger auszufüllen Référence du mandat – à compléter par le créancier Riferimento del mandato – da indicare a cura del creditore Mandate reference – to be completed by the creditor* | | | |
|  |  | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
|  | **SEPA-Lastschrift-Mandat** | **Mandat de prélèvement SEPA** | | | **Mandato per addebito diretto SEPA** | | **SEPA Direct Debit Mandate** |
|  | Mit der Unterzeichnung des SEPA-Lastschrift-Mandates ermächtige ich den Zahlungsempfänger, die Zahlung von meinem Konto mit SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Finanzinstitut an, die Zahlung meinem Konto zu belasten.  Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Rückerstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Finanzinstitut vereinbarten Bedingungen. | En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le créancier à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du créancier.  Note: Vous bénéficiez d’un droit à remboursement par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte. | | | La sottoscrizione del presente mandato comporta l’autorizzazione del creditore a richiedere alla banca del debitore l’addebito del suo conto e l’autorizzazione alla banca del debitore di procedere a tale addebito conformemente alle disposizioni impartite del creditore.  Nota: Il debitore ha diritto di ottenere il rimborso dalla propria Banca secondo gli accordi ed alle condizioni che regolano il rapporto con quest’ ultima. Se del caso, il rimborso deve essere richiesto nel termine di 8 settimane a decorrere dalla data di addebito in conto. | | By signing this mandate form, you authorize the creditor to send instructions to your bank to debit your account and your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor.  Note: As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited. |
|  |
|  |  | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
|  | Zahlungsart/Type de paiement/  Tipo di pagamento/Type of payment | |  | *Wiederkehrend/Répétitif/   Ricorrente/Recurrent*  **X**  . | | *Einmalig/Ponctuel/   Singolo/One-off* | |
|  | Name des Zahlungspflichtigen/  Nom du débiteur/Nome del debitore/  Name of the debtor | |  | *Name und Vorname/Nom et prénom /Nome e cognome/Name and first name* | | | |
|  | Anschrift/Votre adresse/  Indirizzo/Your address | |  | .  *Strasse und Hausnummer/Numéro et nom de la rue/Via e numero civico/  Street name and number* | | | |
|  |  | .  *Postleitzahl und Ort/Case postale et ville/Codice postale e località/  Postal code and City* | | | |
|  | Finanzinstitut/Nom de la banque/  Nome della banca/Name of bank | |  | *BIC/SWIFT (Bank Identifier Code)* | | | |
|  | Konto/Les coordonnées de votre compte/ Conto di addebito/Your account number | |  | *IBAN (International Bank Account Number)* | | | |
|  | Name des Vertragspartners des Zahlungspflichtigen  Nome della controparte di riferimento del debitore  *Falls Sie eine Zahlung aufgrund einer Vereinbarung zwischen dem Zahlungsempfänger und einer anderen Person tätigen (z.B. wenn Sie eine Rechnung dieser anderen Person bezahlen), tragen Sie bitte den Namen dieser Person hier ein.*  *Se si effettua un pagamento relativo a un contratto tra il Creditore e un altro soggetto diverso dal debitore indicato nel presente mandato (ad es. pagamento di fatture intestate a terzi) indicare il nominativo di tale soggetto.* | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
|  | Unterschrift(en)/Signature(s)/  Firma/e/Signature(s) | |  | ……………….,  *Ort und Datum/Lieu et date/Luogo e data/Location and date* | | | |
|  |  | Unterschrift(en)/Signature(s)/  Firma/e/Signature(s)/ Firma/e/Signature(s) | | | |