

**Beitrittserklärung zur Allgemeinen Haftpflichtversicherung
für die Mitglieder des ASGB
Fachgewerkschaft Landesbedienstete**

Die/der Unterfertigte _____ geboren am _____

In _____ Matrikelnummer _____

wohnhaft in _____ PLZ _____ Straße _____

Tel / Handy _____ E-Mail _____

im Berufsbild _____

erklärt hiermit den Beitritt

zur Sammelpolize „Haftpflichtversicherung für grobe Fahrlässigkeit“ des ASGB mit der Versicherungsgesellschaft Assimoco.

Die Versicherung gilt vom 01.09.2025 bis 31.08.2026

**NEU IM VERSICHERUNGSJAHR 2025-2026
EINHEITSPRÄMIE FÜR ALLE
BEI UNVERÄNDERTER LEISTUNG
unabhängig von der Position und den Aufgaben**

40,00.- €

Mit dem Beitritt werden die Versicherungsbedingungen angenommen. Rechtliche Gültigkeit hat der Text der Versicherungspolize, welcher zur Einsicht im Büro des ASGB- Landesbedienstete aufliegt.

Zustimmung zur Verarbeitung der personenbezogenen Daten

Der/die Unterfertigte erklärt, im Sinne des Art. 13 der europäischen Datenschutz-Grundverordnung Nr. 679/2016 das Einverständnis zur Verwendung der personenbezogenen Daten für den Abschluss der Polizee.

Datum _____

Unterschrift _____

Die Deckung beginnt am Folgetag der Einzahlung auf folgendes Konto:

ASGB-Landesbedienstete – Filiale Raiffeisenkasse Ritten, Weggensteinstr., 38, 39100 Bozen,

IBAN IT44F 08187 58740 00000 404 0372

Zahlungsgrund (UNBEDINGT ANGEBEN): ASGB LB + Name + Nachname

Übermitteln Sie die Beitrittserklärung und die Zahlungsbestätigung über E-Mail an bperrri@asgb.org