

# Beitrittserklärung zum Deutschen Motorsport Verband e.V.

Dieses Formular können Sie direkt an Ihrem PC ausfüllen, ausdrucken und an den DMV senden per Post: Deutscher Motorsport Verband e.V. Otto-Fleck-Schneise 12, 60528 Frankfurt oder per Fax 069 / 69500221 oder - eingescannt- per E-Mail an: [dmv@dmv-motorsport.de](mailto:dmv@dmv-motorsport.de)



## Ja, ich möchte DMV-Mitglied werden

**Durch meine Unterschrift erkläre ich meinen Beitritt zum DMV. Mitgliedsausweis, Satzung und weitere Unterlagen werden mir zugesandt. (Anm.: der Beitrag des 1. Jahres wird anteilig monatlich berechnet). Mindestdauer der Mitgliedschaft: 2 Jahre.**

Bei Vollendung des 18. Lebensjahres wird die Mitgliedschaft automatisch in eine Juniorenmitgliedschaft umgewandelt. Die dann anfallenden Beiträge werden weiter vom bekannten Konto eingezogen. Sollte sich das Konto ändern, bitten wir um kurzfristige Mitteilung.

Ihre Mitgliedschaftsart: \_\_\_\_\_

_____	_____	_____
Anrede	Titel	
_____	_____	_____
Vorname	Nachname	
_____	_____	_____
Straße / Hausnummer	PLZ / Ort	
_____	_____	_____
Telefon	Mobil	
_____	_____	_____
E-Mail-Adresse	Fax	Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)
_____	_____	_____
Beginn der Mitgliedschaft:	Ausgeübte Motorsport Disziplin (Motocross, Auto-Slalom, etc.)	

Optional für Familienmitgliedschaften:

_____	_____	_____	_____
Anrede	Vorname/Nachname Partner(in)	Geburtsdatum	DMV-Mitgliedsnr.
_____	_____	_____	_____
Vorname/Nachname Kind		Geburtsdatum	DMV-Mitgliedsnr.
_____	_____	_____	_____
Vorname/Nachname Kind		Geburtsdatum	DMV-Mitgliedsnr.
_____	_____	_____	_____
Vorname/Nachname Kind		Geburtsdatum	DMV-Mitgliedsnr.
_____	_____	_____	_____
Vorname/Nachname Kind		Geburtsdatum	DMV-Mitgliedsnr.

\_\_\_\_\_

Datum (TT.MM.JJJJ)

\_\_\_\_\_

Unterschrift Vollmitglied  
(evtl. Erziehungsberechtigter)

\_\_\_\_\_

Unterschrift Ehegatte bzw. Partner (Bei Fam.-  
mitgliedschaft)

\_\_\_\_\_

Mitglied im DMV-Ortsclub

# Beitrittserklärung zum Deutschen Motorsport Verband e.V.

Dieses Formular können Sie direkt an Ihrem PC ausfüllen, ausdrucken und an den DMV senden per Post:  
Deutscher Motorsport Verband e.V. Otto-Fleck-Schneise 12, 60528 Frankfurt oder per Fax 069 / 69500221 oder -  
eingescannt- per E-Mail an: [dmv@dmv-motorsport.de](mailto:dmv@dmv-motorsport.de)



## SEPA - Lastschriftmandant

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE86ZZZ00000842127

Mandantsreferenz (wird separat mitgeteilt)

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Ich ermächtige den Deutschen Motorsport Verband e.V. (DMV), Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Deutschen Motorsport Verband e.V. (DMV) auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

---

Name und Vorname des Kontoinhabers

---

Straße und Hausnummer

---

PLZ und Wohnort

---

IBAN

---

BIC

---

Datum und Ort

---

Unterschrift



## Ja, ich bin bereits DMV-Mitglied

DMV - Mitgliedsnummer

## und beantrage

den zusätzlichen KOMPLETT-Mobilitätsschutz als Ergänzung zu meiner DMV-Mitgliedschaft für nur € 30,— Berechnung anteilig pro Quartal.

für meine(n) Partner(in)\* den zusätzlichen KOMPLETT-Mobilitätsschutz als Ergänzung zur DMV-Mitgliedschaft für nur € 15,—. Berechnung erfolgt anteilig pro Quartal.

\* nur möglich bei bestehender DMV-Mitgliedschaft

Herr Frau

\_\_\_\_\_   
Titel

\_\_\_\_\_   
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_   
PLZ / Wohnort

\_\_\_\_\_   
Vorname / Nachname

\_\_\_\_\_   
Telefon / Mobil

\_\_\_\_\_   
Vorname / Nachname des Partner(in)

\_\_\_\_\_   
DMV-Mitglieds.Nr.

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

\_\_\_\_\_   
Fax

Allgemeine Hinweise zum DMV-KOMPLETT-Mobilitätsschutz: Die zusätzlichen Leistungen des DMV-KOMPLETT-Mobilitätsschutzes werden vom Vertragspartner des DMV e.V., dem Automobilclub von Deutschland e.V. (nachfolgend kurz AvD e.V. genannt) erbracht. Der DMV-KOMPLETT-Mobilitätsschutz wird für ein Jahr abgeschlossen und verlängert sich automatisch um ein weiteres Jahr, wenn dieser nicht 3 Monate vor Ablauf per Übergabebescheinigung gekündigt wird. Im Rahmen des DMV-KOMPLETT-Mobilitätsschutzes haben Sie Anspruch auf Leistungen aus der Gruppenversicherung, die beim Risikoträger Helvetia Schweizerische Versicherungsgesellschaft in Liechtenstein AG, Aulestrasse 60, FL-9490 Vaduz besteht und für die Ihr Ansprechpartner die mobile GARANTIE Deutschland GmbH, Knibbeshof 10a, 30900 Wedemark, ist, bei der Sie Leistungsansprüche unmittelbar geltend machen können. Es gelten hierfür die Allgemeinen Bedingungen zur Gruppenversicherung des o.a. Versicherungsträgers. Die Bedingungen erhalten Sie zusammen mit der Bestätigung des DMV über den DMV-KOMPLETT-Mobilitätsschutz. Sie werden auf Wunsch auch früher übersandt.

Der DMV-KOMPLETT-Mobilitätsschutz beginnt zu dem von Ihnen gewünschten Zeitpunkt, frühestens jedoch am auf den Antragseingang folgenden Tag um 0:00 Uhr, sofern der Mitgliedsantrag vollständig ausgefüllt und verarbeitungsfähig beim DMV bzw. AvD e.V. vorliegt.

Datenschutzerklärung: Ich willige ein, dass der DMV dem AvD e.V. und den zum Verbund des AvD e.V. gehörenden Gesellschaften meine Mitglieds- und Leistungsdaten die sich aus den Antragsunterlagen ergeben, übermittelt, soweit dies zur Erbringung für den KOMPLETT-Mobilitätsschutz durch DMV und AvD e.V., sowie seine Gesellschaften und Partner unabdingbar ist; aktuelle Partner des AvD e.V. siehe [www.avd.de/aktion/partner](http://www.avd.de/aktion/partner). Gesundheitsdaten werden ausschließlich zur Erbringung erforderlicher Hilfeleistungen an die hiermit betrauten Stellen übermittelt werden.

Widerrufsrecht: Der Antrag auf DMV-KOMPLETT-Mobilitätsschutz kann innerhalb von 2 Wochen ab Kenntnisnahme dieses Widerrufsrechtes schriftlich ohne Begründung beim Deutschen Motorsport Verband e.V., Otto-Fleck-Schneise 12, 60528 Frankfurt am Main, widerrufen werden.

\_\_\_\_\_   
Datum (TT.MM.JJJJ)

\_\_\_\_\_   
Unterschrift Antragsteller(in). bei Minderjährigen Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

Bitte buchen Sie bis auf Widerruf die für den Komplettschutz fälligen Beiträge von folgendem Konto ab:

\_\_\_\_\_   
Kontoinhaber Vorname/Nachname

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

\_\_\_\_\_   
BIC

\_\_\_\_\_   
Datum (TT.MM.JJJJ)

\_\_\_\_\_   
Unterschrift des Kontoinhabers

