

**Ja, ich möchte AvD Mitglied werden!**

**Ja, ich möchte die AvD OldtimerCard!**

Bitte kreuzen Sie Ihre gewünschte Mitgliedschaft an:

**AvD Jahres-Mitgliedschaft**

**EINZEL** 29 €  
(Sonderbeitrag für Korporativclub-Mitglieder)

**(EHE-)PARTNER\*** 20 €

\* Gilt nur in Verbindung mit einer AvD Mitgliedschaft des Haupt-Mitgliedes.

**AvD OldtimerCard (Jahresbeitrag)**

**FÜR AvD MITGLIEDER** 29 €

Ich bin bereits AvD Mitglied und beantrage hiermit meine AvD OldtimerCard.

**FÜR NICHT-MITGLIEDER** 49 €

**Ich bin Mitglied im Partnerclub:**

Bitte tragen Sie Ihre Kontaktdaten ein:

\_\_\_\_\_  
Herr Frau Vorname/Name

\_\_\_\_\_  
Straße/Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ/Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Telefax

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

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

**Mitgliedschaft:** Die Mitgliedschaft wird für ein Jahr abgeschlossen und verlängert sich automatisch um jeweils ein weiteres Jahr, wenn sie nicht 3 Monate vor Ablauf per Übergabeinschreiben gekündigt wird. Im Rahmen der AvD Mitgliedschaft haben Sie Anspruch auf Leistungen aus der Gruppenversicherung, die der AvD e.V. bei der Allianz Versicherungs-AG, Königinstr. 28, 80802 München abgeschlossen hat, bei der Sie Leistungsansprüche unmittelbar geltend machen können. Es gelten hierfür die Gruppenversicherungsbedingungen der Allianz Versicherungs-AG. Die Bedingungen erhalten Sie zusammen mit der AvD Clubkarte, sie werden auf Wunsch auch früher übersandt. Ich willige ein, dass der AvD und die zu seinem Verbund gehörenden Gesellschaften meine allg. Mitgliedschafts- und Leistungsdaten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Durchführung der Mitgliedschaft im AvD ergeben, in gemeinsamen Datensammlungen führen und die Daten auch an Partner des AvD übermitteln dürfen, soweit dies zur Erbringung von vertraglich vereinbarten Leistungen sinnvoll ist. Jederzeit widerruflich willige ich ein, dass meine allg. Mitgliedschafts- und Leistungsdaten für Beratung und Betreuung im Rahmen der Mitgliedschaft im AvD in Bezug auf alle Leistungen des AvD und der zu seinem Verbund gehörenden Gesellschaften genutzt werden; dies gilt insbesondere auch für telefonische und schriftliche Kontakte und Informationen. Diese Einwilligung kann ich jederzeit per Post oder E-Mail widerrufen. Anschrift: AvD e.V., Lyoner Str. 16, 60528 Frankfurt a. M., E-Mail: avd@avd.de.

**Widerrufsbelehrung:** Die Beitrittserklärung kann innerhalb einer Frist von zwei Wochen ab Unterzeichnung des Antrages ohne Begründung widerrufen werden. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung (Datum des Poststempels). Der Widerruf muss schriftlich erfolgen; das Widerrufsschreiben muss an den AvD e.V., Lyoner Str. 16, 60582 Frankfurt a. Main gerichtet sein.

\_\_\_\_\_  
Datum Eigenhändige Unterschrift des Antragstellers, ggf. des (Ehe-)Partners

Bitte buchen Sie bis auf Widerruf die fälligen Beiträge von meinem Konto ab:

Abbuchung gewünscht zum jeweils: \_\_\_\_\_  
1. 15. eines Monats

Vorname/Name des Kontoinhabers (falls abweichend vom Antragsteller)  
\_\_\_\_\_  
Bankleitzahl  
\_\_\_\_\_  
Kontonummer  
\_\_\_\_\_  
Kurzbezeichnung u. Ort des Geldinstitutes  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum Eigenhändige Unterschrift des Kontoinhabers



Automobilclub von Deutschland

**Pflichtangaben zum Fahrzeug:**

Fahrzeug zur Eigenverwendung

Alltagsfahrzeug vorhanden?  Ja  Nein

Weitere Oldtimer vorhanden?  Ja  Nein

PKW Kraftrad Sonstiges: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Kennzeichen

\_\_\_\_\_  
Hersteller des Fahrgestells

\_\_\_\_\_  
Fahrzeug-Identifikations-(Fahrgestell)Nr.

\_\_\_\_\_  
Typ (genaue Bezeichnung)

\_\_\_\_\_  
Jahr der Erstzulassung

\_\_\_\_\_  
Stärke in PS/kW

\_\_\_\_\_  
Marktwert in Euro

**JA, ICH MÖCHTE WISSEN, WIE GÜNSTIG ICH MEINEN OLDTIMER VERSICHERN KANN.**

Oldtimer-Kennzeichen:  Ja  Nein

07-Kennzeichen  H-Kennzeichen

jährliche Kilometerleistung \_\_\_\_\_

Original-Zustand:  Ja  Nein

Veränderungen \_\_\_\_\_

Zustandsnote des Fahrzeugs  1  2  3  4  5

**Angaben zum gewünschten Versicherungsumfang:**

KFZ-Haftpflicht  KFZ-Teilversicherung  KFZ-Vollversicherung (inkl. Teil-Kasko, SB 150 €)

Selbstbeteiligung:  150 €  300 €  500 €

1.000 €  2.500 €  5.000 €

**Bestehende Versicherung:**

\_\_\_\_\_  
Gesellschaft Ggf. Versicherungsschein-Nr.

**Bitte einsenden an:**  
**Automobilclub von Deutschland e.V.**  
**Classic**  
**Lyoner Straße 16**  
**60528 Frankfurt am Main**