



## Unfallversicherungsschutz für Auszubildende im Handwerk

### **Einwilligungserklärung**

#### **Persönliche Angaben**

Name, Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Straße, Hausnummer: .....

PLZ, Ort: .....

Telefon, Mobil: .....

E-Mail: .....

Ausbildungsbetrieb: .....

**Ja, ich möchte den kostenfreien Unfallversicherungsschutz während der Dauer meiner Ausbildung in Anspruch nehmen und bitte um Kontaktaufnahme. Ich bin damit einverstanden, dass die Kreishandwerkerschaft meine Kontaktdaten an folgende Gesellschaften und deren Vermittler übermittelt, um mich über Neuerungen, Informationen zu Versicherungs- und Vorsorgeangelegenheiten zu informieren:**

**SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a.G., SIGNAL IDUNA Lebensversicherung a.G., SIGNAL Unfallversicherung a.G., SIGNAL IDUNA Allgemeine Versicherung a.G.  
Joseph-Scherer-Str. 3, 44139 Dortmund, Neue Rabenstr. 15-19, 20354 Hamburg**

Diese Einwilligung kann ich jederzeit ganz oder teilweise widerrufen.

Ort, Datum

.....  
Unterschrift Antragssteller

.....  
Unterschrift gesetzlicher Vertreter (bei Minderjährigen)

Diesen vollständig ausgefüllten Vordruck an folgende Adresse senden:

Post: Versorgungswerk der Kreishandwerkerschaft Gütersloh-Bielefeld, Eickhoffstr. 3,  
Fax: 33330 Gütersloh  
E-Mail: 05241/23484-10  
[imkamp@kh-gt.de](mailto:imkamp@kh-gt.de)