

Anmeldung zur Versicherung PROTRIP

Feld für besondere Vermerke	Ausgebende Organisation [00001]	Versicherungsnummer (wird bei Eingang vergeben)
-----------------------------	---------------------------------	---

Antragsteller

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Vorname	Nachname (ggf. Firma/Organisation)
Adresse in Deutschland/Österreich: Straße, Hausnummer		PLZ Ort
Telefon	Fax	E-Mail

Folgende Person soll versichert werden

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Vorname	Nachname
Geburtsdatum (Höchstalter 69 Jahre)	Reisebeginn (Versicherungsbeginn)	Reiseende (Versicherungsende)
Reiseziel	Grund des Aufenthaltes (freiwillige Angabe)	

Ich wähle folgenden Versicherungsschutz (monatliche Prämie in €)

PROTRIP weltweit ohne USA/Kanada			PROTRIP weltweit mit USA/Kanada		
	Mit Selbstbehalt	Ohne Selbstbehalt		Mit Selbstbehalt	Ohne Selbstbehalt
Personen bis 29 Jahre	<input type="checkbox"/> 28,90	<input type="checkbox"/> 34,10	Personen bis 29 Jahre	<input type="checkbox"/> 58,90	<input type="checkbox"/> 66,10
ab dem 19. Monat	<input type="checkbox"/> 48,90	<input type="checkbox"/> 54,10	ab dem 19. Monat	<input type="checkbox"/> 78,90	<input type="checkbox"/> 86,10
Personen bis 69 Jahre	<input type="checkbox"/> 67,90	<input type="checkbox"/> 74,10	Personen bis 69 Jahre	<input type="checkbox"/> 137,90	<input type="checkbox"/> 144,10
ab dem 19. Monat	<input type="checkbox"/> 117,90	<input type="checkbox"/> 124,10	ab dem 19. Monat	<input type="checkbox"/> 187,90	<input type="checkbox"/> 194,10

Ergänzung (Haftpflicht-, Unfall- und Assistanceversicherung)	<input type="checkbox"/> 4,50
--	-------------------------------

Zahlungsweise

<input type="checkbox"/> Monatliche Zahlung durch SEPA-Lastschriftmandat von folgendem Konto:
<input type="checkbox"/> Einmalzahlung durch SEPA-Lastschriftmandat von folgendem Konto:
IBAN <input type="text"/> BIC <input type="text"/>
<small>Ich ermächtige die DR-WALTER GmbH (Eisenerzstraße 34, 53819 Neunkirchen-Seelscheid, Germany; Gläubiger-Identifikationsnummer DE76ZZZ00000887121; Mandatsreferenz: Versicherungsnummer), Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich das Kreditinstitut an, die von der DR-WALTER GmbH auf mein/ unser 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/ unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.</small>
Kontoinhaber (Vorname, Nachname) <input type="text"/> Unterschrift des Kontoinhabers <input type="text"/>

<input type="checkbox"/> Überweisung des Gesamtbeitrages auf das Konto der DR-WALTER GmbH, Postbank Köln, BIC: PBNKDEFF, IBAN: DE03 3701 0050 0212 0765 00 (Kopie der Überweisung liegt bei)
--

Wichtiger Hinweis und Unterschrift

Die Versicherung muss vor Beginn der Reise abgeschlossen werden. Versicherungsschutz besteht – ordnungsgemäße Zahlung vorausgesetzt – ab dem beantragten Zeitpunkt, jedoch frühestens ab Eingang des Antrags bei der DR-WALTER GmbH.
 Bevor Sie diese Anmeldung unterschreiben, beachten Sie bitte die Schlusserklärungen auf der Rückseite sowie die weiteren wichtigen Hinweise. Diese Erklärungen sind wichtiger Bestandteil des Vertrages. Mit Ihrer Unterschrift machen Sie die Schlusserklärungen zum Bestandteil dieses Vertrages.
 Ich beantrage Versicherungsschutz nach Maßgabe der beiliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Ort, Datum <input type="text"/>	Unterschrift des Antragstellers <input type="text"/>
---------------------------------	--

Schlusserklärung des Antragstellers und der zu versichernden Person sowie weitere wichtige Hinweise

Ermächtigung zur Datenübermittlung

Ich willige ein, dass die Versicherer und die DR-WALTER GmbH, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient, allgemeine Vertrags-, Abrechnungs- und Leistungsdaten in Datensammlungen führen. Die allgemeinen Vertrags- und Abrechnungsdaten können außerdem an die vermittelnde Agentur weitergegeben werden.

Vertragsgrundlagen

Die PROTRIP-Versicherung besteht aus einem oder mehreren rechtlich unabhängigen Versicherungsverträgen.

Es gelten die folgenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen:

PROTRIP

- Allgemeine Versicherungsbedingungen für die kurzfristige Auslandsreise-Krankenversicherung 2010 (AVB-ARK 2010) der Central Krankenversicherung

Ergänzung, sofern vereinbart:

- Allgemeine Haftpflicht-Versicherungsbedingungen der Generali Versicherung AG (AHB 2008)
- Allgemeine Unfall-Versicherungsbedingungen der Generali Versicherung AG (AUB 2008)
- Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Versicherung von Assistance-Leistungen (PROTRIP Zusatzassistance 2010) der Europ Assistance Versicherungs-AG

Auf das Versicherungsverhältnis findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung. Die für Beschwerden zuständige Aufsichtsbehörde ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn.

Darüber hinaus können Sie sich bei Beschwerden auch an einen außergerichtlichen Streitschlichter wenden:

- bei Beschwerden zum Thema Krankenversicherung an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung, Postfach 06 02 22, 10052 Berlin;
- bei Beschwerden, die nicht die Krankenversicherung betreffen, an den Versicherungs-Ombudsmann e. V., Postfach 08 06 32, 10006 Berlin.

Der Ombudsmann ist zugleich Schlichtungsstelle zur außergerichtlichen Beilegung von Streitigkeiten bei Versicherungsverträgen mit Verbrauchern und zwischen Versicherungsvermittlern und Versicherungsnehmern. Seine Entscheidungen sind für den Versicherer nicht bindend. Die Möglichkeit zur Einleitung eines gerichtlichen Verfahrens bleibt unberührt.

Widerrufsbelehrung

Sie können Ihre Vertragserklärung ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Der Widerruf muss innerhalb einer Frist von zwei Wochen ab Vertragsschluss erfolgen. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Ihren Widerruf richten Sie an:

Central Krankenversicherung AG
Generali Versicherung AG
Europ Assistance Versicherungs-AG
c/o DR-WALTER GmbH
Eisenerzstraße 34
53819 Neunkirchen-Seelscheid
T +49(0)2247 9194-0
F +49(0)2247 9194-40
vertrag@dr-walter.com

Zusammensetzung der Versicherungsprämie (in €)

Der monatliche Beitrag setzt sich wie folgt aus dem Krankenversicherungsbeitrag (Anteil KV) und wahlweise einer ergänzenden Kombination aus Haftpflicht-/Unfallversicherungsprämie (Anteil HU) und Assistance-Versicherungsprämie (Anteil AS) zusammen.

PROTRIP Krankenversicherung – ohne Selbstbeteiligung	Beitrag
Pers. bis 29 Jahre ohne USA/CAN	34,10
Ab dem 19. Monat	54,10
Pers. bis 29 Jahre mit USA/CAN	66,10
Ab dem 19. Monat	86,10
Pers. bis 69 Jahre ohne USA/CAN	74,10
Ab dem 19. Monat	124,10
Pers. bis 69 Jahre mit USA/CAN	144,10
Ab dem 19. Monat	194,10

PROTRIP Krankenversicherung – mit Selbstbeteiligung	Beitrag
Pers. bis 29 Jahre ohne USA/CAN	28,90
Ab dem 19. Monat	48,90
Pers. bis 29 Jahre mit USA/CAN	58,90
Ab dem 19. Monat	78,90
Pers. bis 69 Jahre ohne USA/CAN	67,90
Ab dem 19. Monat	117,90
Pers. bis 69 Jahre mit USA/CAN	137,90
Ab dem 19. Monat	187,90

PROTRIP Zusatzbaustein	Anteil HU	Anteil AS	Gesamtbeitrag
Pers. bis 29 Jahre ohne USA/CAN	3,00	1,50	4,50
Pers. bis 29 Jahre mit USA/CAN	3,00	1,50	4,50
Pers. bis 69 Jahre ohne USA/CAN	3,00	1,50	4,50
Pers. bis 69 Jahre mit USA/CAN	3,00	1,50	4,50

In den Beiträgen zur Unfall-, Haftpflicht- und Assistanceversicherung sind jeweils 19% deutsche Versicherungssteuer enthalten. Die Beiträge zur Auslandskrankenversicherung sind gemäß § 4 Nr. 5 VersStg steuerfrei. Die Prämie ist ein Einmalbetrag und wird für die gesamte Versicherungsdauer nach Zugang des Versicherungsscheins und nach Ablauf der Widerrufsfrist fällig. Bei einer über einen Monat hinausgehenden Versicherungsdauer kann die Zahlung des Beitrages in gleichen monatlichen Raten vereinbart werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die erste Beitragsrate ist bei Versicherungsbeginn fällig, die Folgeraten jeweils zu Beginn des Folgemonats. Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, werden die gestundeten Beitragsraten sofort fällig.

Vertragspartner

PROTRIP ist ein Angebot von DR-WALTER, dem Experten für die Versicherung von privaten und geschäftlichen Reisen und Auslandsaufenthalten. Für dieses Produkt arbeitet DR-WALTER mit ausgewählten, renommierten Versicherungsgesellschaften zusammen.

Den Versicherungsschutz für die Krankenversicherung gewährt die Central Krankenversicherung AG, Hansaring 40 - 50, 50670 Köln. Sitz Köln, Registergericht: Amtsgericht Köln HRB 93

Den Versicherungsschutz für die Haftpflicht- und Unfallversicherung gewährt die Generali Versicherung AG München, Adenauerring 7, 81731 München. Sitz: München, Registergericht: Amtsgericht München HRB 7731

Den Versicherungsschutz für die Assistance-Versicherung gewährt die Europ Assistance Versicherungs-AG, Adenauerring 9, 81737 München. Sitz und Registergericht München, HRB 61 405

Kontakt

Bitte wenden Sie sich bei allen Fragen zur Vertrags- und Leistungsabwicklung an unser Büro:

DR-WALTER GmbH
Eisenerzstraße 34
53819 Neunkirchen-Seelscheid

Registergericht Siegburg HRB 4701
Geschäftsführer: Dipl.-Kfm. Reinhard Bellinghausen

Postbank Köln
IBAN: DE 03 3701 0050 0212 0765 00
BIC: PBNKDEFF

T +49(0)2247 9194-0
F +49(0)2247 9194-40

www.dr-walter.com
info@dr-walter.com
www.protrip.de