

## Anmeldung zur Versicherung PROTRIP

Feld für besondere Vermerke	Ausgebende Organisation [92124]	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	Personen bis 29 Jahre mit USA/Kanada	Personen bis 29 Jahre ohne USA/Kanada	Personen bis 69 Jahre mit USA/Kanada	Personen bis 69 Jahre ohne USA/Kanada
<b>S</b> Auslands-Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> 62,00	<input type="checkbox"/> 34,00	<input type="checkbox"/> 144,00	<input type="checkbox"/> 74,00
<b>M</b> Auslands-Kranken-, Haftpflicht- und Unfallversicherung	<input type="checkbox"/> 67,00	<input type="checkbox"/> 39,00	<input type="checkbox"/> 149,00	<input type="checkbox"/> 79,00
<b>L</b> Auslands-Kranken-, Haftpflicht-, Unfall- und Reisegepäckversicherung	<input type="checkbox"/> 77,50	<input type="checkbox"/> 49,50	<input type="checkbox"/> 159,50	<input type="checkbox"/> 89,50
<b>Z</b> Auslands-Haftpflicht-, Unfall- und Reisegepäckversicherung	<input type="checkbox"/> 15,50	<input type="checkbox"/> 15,50	<input type="checkbox"/> 15,50	<input type="checkbox"/> 15,50

\* Für die Produktvariante PROTRIP Z beträgt der Mindestbeitrag 93€.

### 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"/>
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.
Kontoinhaber (Vorname, Nachname)   Unterschrift des Kontoinhabers

<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	Unterschrift des Antragstellers
------------	---------------------------------

# 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 ist eine Versicherungskombination aus rechtlich unabhängigen Versicherungsverträgen.

Es gelten die folgenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen:

### PROTRIP S, M und L

- Allgemeine Versicherungsbedingungen für die kurzfristige Auslandsreise-Krankenversicherung 2010 (AVB-ARK 2010) der Central Krankenversicherung
- Tarif „PROTRIP“ der Central Krankenversicherung AG

### PROTRIP M, L und Z

- Allgemeine Haftpflichtversicherungsbedingungen AHB 2008 der Generali Versicherung AG (AHB 2008)
- Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen inklusive Zusatzbedingungen der Generali Versicherung AG (AUB 2008)
- Erweiterungen der AUB 88 Fassung 2008 der Generali Versicherung AG
- Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Versicherung von Assistance Leistungen (PROTRIP Zusatzassistance 2010) der Europ Assistance Versicherungs-AG
- Besondere Bedingungen zur Privathaftpflicht-, Unfall- und Reisegepäckversicherung der Generali Versicherung AG PROTRIP 2008 (Variante M ohne Reisegepäck)

### PROTRIP L und Z

- Allgemeine Reisegepäckversicherungsbedingungen AVBR 2008 der Generali Versicherung AG (AVBR 2008)
- Besondere Bedingungen zur Privathaftpflicht-, Unfall- und Reisegepäckversicherung der Generali Versicherung AG PROTRIP 2008

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  
info@dr-walter.com

## Zusammensetzung der Versicherungsprämie (in €)

Der monatliche Gesamtbeitrag setzt sich wie folgt aus Krankversicherungsbeitrag (Anteil KV), Haftpflicht-/Unfallversicherungsprämie (Anteil HU), Assistanceversicherung (Anteil AS) und Reisegepäckversicherung (Anteil RG) zusammen.

	Gesamt- beitrag	Anteil KV	Anteil HU	Anteil AS	Anteil RG
<b>PROTRIP S</b>					
Pers. bis 29 Jahre ohne USA/CAN	34,00	34,00	0	0	0
Pers. bis 29 Jahre mit USA/CAN	62,00	62,00	0	0	0
Pers. bis 69 Jahre ohne USA/CAN	74,00	74,00	0	0	0
Pers. bis 69 Jahre mit USA/CAN	144,00	144,00	0	0	0
<b>PROTRIP M</b>					
Pers. bis 29 Jahre ohne USA/CAN	39,00	34,00	4,00	1,00	0
Pers. bis 29 Jahre mit USA/CAN	67,00	62,00	4,00	1,00	0
Pers. bis 69 Jahre ohne USA/CAN	79,00	74,00	4,00	1,00	0
Pers. bis 69 Jahre mit USA/CAN	149,00	144,00	4,00	1,00	0
<b>PROTRIP L</b>					
Pers. bis 29 Jahre ohne USA/CAN	49,50	34,00	4,00	1,00	10,50
Pers. bis 29 Jahre mit USA/CAN	77,50	62,00	4,00	1,00	10,50
Pers. bis 69 Jahre ohne USA/CAN	89,50	74,00	4,00	1,00	10,50
Pers. bis 69 Jahre mit USA/CAN	159,50	144,00	4,00	1,00	10,50
<b>PROTRIP Z</b>					
Pers. bis 69 J. mit/ohne USA/CAN	15,50	0	4,00	1,00	10,50

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. Näheres s. § 5 Tarifblatt PROTRIP und § 4 Besondere Bedingungen PROTRIP.

## 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-, Unfall- und Reisegepäckversicherung 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**  
Versicherungsmakler  
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