

Antrag für den Schutzbrief Auslandsaufenthalte

Original

1. Versicherungsnehmer/Versicherte Person/Antragsteller			
Name:		Geburtsdatum:	
Vorname:		männlich	weiblich
Straße/Hausnummer:		Telefon:	
PLZ:	Ort:		

2. Versicherungsbeginn/Reisedauer	
Datum:	Monate

3. Prämie Personenschutzbrief/Auslandsreisekrankenversicherung

 Touristischer Auslandsaufenthalt
 europaweit

Prämie EUR 129,- für die ersten 3 Monate EUR 129,-
 Prämie EUR 58,- für jeden weiteren Monat x _____ Monate = _____
 (bis 64 Jahre) Gesamt: _____

Prämie EUR 274,- für die ersten 3 Monate EUR 274,-
 Prämie EUR 132,- für jeden weiteren Monat x _____ Monate = _____
 (ab 65 Jahre) Gesamt: _____

 weltweit

Prämie EUR 161,- für die ersten 3 Monate EUR 161,-
 Prämie EUR 68,- für jeden weiteren Monat x _____ Monate = _____
 (bis 64 Jahre) Gesamt: _____

Prämie EUR 306,- für die ersten 3 Monate EUR 306,-
 Prämie EUR 142,- für jeden weiteren Monat x _____ Monate = _____
 (ab 65 Jahre) Gesamt: _____

 Geschäftlicher Auslandsaufenthalt
 europaweit

Prämie EUR 138,- für die ersten 3 Monate EUR 138,-
 Prämie EUR 63,- für jeden weiteren Monat x _____ Monate = _____
 (bis 64 Jahre) Gesamt: _____

Prämie EUR 283,- für die ersten 3 Monate EUR 283,-
 Prämie EUR 137,- für jeden weiteren Monat x _____ Monate = _____
 (ab 65 Jahre) Gesamt: _____

 weltweit

Prämie EUR 185,- für die ersten 3 Monate EUR 185,-
 Prämie EUR 78,- für jeden weiteren Monat x _____ Monate = _____
 (bis 64 Jahre) Gesamt: _____

Prämie EUR 330,- für die ersten 3 Monate EUR 330,-
 Prämie EUR 153,- für jeden weiteren Monat x _____ Monate = _____
 (ab 65 Jahre) Gesamt: _____

Diese Angaben sind nur vom Vermittler auszufüllen	
Agentur-/Vermittler-Nr.:	
Name Vermittler:	Tel./Fax-Nr. Vermittler:

Hinweis für den Makler:

Bitte füllen Sie die rot gekennzeichneten Felder aus. Für Rückfragen wenden Sie sich bitte an:
 Europ Assistance Versicherungs AG, Infanteriestr. 11, 80797 München, Tel.: 089 55 987 161, Fax: 089 55 987 177

4. Zahlungsweise	
Per Einzugsermächtigung:	<input type="checkbox"/>
Geldinstitut:	
BLZ:	Kontonummer:
Datum/Unterschrift Kontoinhaber:	

5. Wichtige Hinweise

- ▶ Bitte melden Sie einen Schadenfall sofort über unsere Notrufnummer 089 55 987 224. Anderenfalls kann Ihnen der Versicherungsschutz unter Umständen verweigert werden.
- ▶ Ihr Versicherungsschutz besteht ab dem Zeitpunkt der Einzahlung der Versicherungsprämie bei einer Bank oder Sparkasse. Bei Einzugsermächtigung gilt der Poststempel.
- ▶ Der Antragsteller ist für die Richtigkeit und Vollständigkeit der im Antrag enthaltenen Angaben verantwortlich.
- ▶ Die gegenseitigen Rechte und Pflichten regeln sich nach dem Antrag und den Allgemeinen Bedingungen der Europ Assistance Versicherungs AG.
- ▶ Für Fragen stehen wir Ihnen natürlich jederzeit zur Verfügung.

***Datenschutzklausel:** Ich willige darin ein, dass der Versicherer im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsänderungen) ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und/oder an den Verband der privaten Krankenversicherung e.V., an den Verband der Haftpflichtversicherer, Unfallversicherer, Autoversicherer und Rechtsschutzversicherer e.V. zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Diese Einwilligung gilt auch für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten (Versicherungs-)Verträgen und bei künftigen Anträgen.

- Ich willige ferner darin ein, dass die Versicherer der Generali Gruppe, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient, allgemeine Vertrags-, Abrechnungs- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an ihren Vertreter weitergeben. Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an Vertreter dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist.

- Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich die Möglichkeit hatte, in zumutbarer Weise vom Inhalt des vom Versicherer bereitgehaltenen Merkblattes zur Datenverarbeitung Kenntnis zu nehmen.

Risikoträger: Europ Assistance Versicherungs AG

Hinweis: Die oben abgedruckten Hinweise und Erläuterungen (einschl. Datenschutzklausel) habe ich zur Kenntnis genommen und bin mit diesen und den dort genannten Vertragsgrundlagen als Vertragsbestandteil einverstanden. Ich kann dem Versicherungsvertrag ab Antragstellung bis zum Ablauf von 14 Tagen nach Zugang des Versicherungsscheines, der Versicherungsbedingungen und der übrigen Verbraucherinformationen schriftlich widersprechen. Anderenfalls kommt der Vertrag ohne weitere ausdrückliche Willenserklärung zustande.

6. Unterschrift des Antragstellers	
Ort/Datum:	
Unterschrift:	



Europ Assistance Versicherungs AG, Infanteriestr. 11, 80797 München. Vorstandsvorsitzender: Ludolph T van Hasselt. Vorstand: Josef Woerner. Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Joachim Lempennau. Sitz der Gesellschaft: München. Registergericht: München HRB 61405