

ANTRAG REISEVERSICHERUNG ÜBER REISEPOLICE

Berater:

MATHIAS JENSCH Versicherungsmakler GmbH & Co. KG, Radeberger Straße 24, 01099 Dresden

Tel.: 0351 / 832880

Fax: 0351 / 8328815

E-Mail: kontakt@mathiasjensch.de

www.mathiasjensch.de

Abteilung Reiseversicherung:

Tel.: 0351 / 8328830

Fax: 0351 / 8328835

E-Mail: kundenservice@reisepolice.com

www.reisepolice.com

☒ Ich beantrage Versicherungsschutz nach Tarif >> **ARAG RK-J / JF (Jahresversicherung)**

nach Maßgabe der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Auslandsreise-Krankenversicherung RK-J / JF)

REISEDATEN:

Wann soll der Versicherungsschutz beginnen?

Reisebeginn:

Reiseende:

Wohin geht die Reise?

Bitte auswählen

☐ Weltweit ohne USA/Kanada

☒ Weltweit mit USA/Kanada

Krankenversicherung mit/ohne Selbstbeteiligung:

Bitte auswählen

☐ mit Selbstbeteiligung

☒ ohne Selbstbeteiligung

ANTRAGSTELLER / VERSICHERUNGSNEHMER:

| | | | |
|-------------------------------|----------|-----------|---------------|
| Anrede: | Vorname: | Nachname: | Geburtsdatum: |
| | | | |
| Straße, Hausnr. | | PLZ: | Ort: |
| | | | |
| Telefon: (freiwillige Angabe) | | Email: | |
| | | | |

VERSICHERTE PERSON(EN):

| | | | |
|-----------------------|---|--|--|
| Person 1 | <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Kind | | |
| Vorname: | | | |
| Nachname: | | | |
| Geburtsdatum: | | | |
| Wohnsitz Deutschland: | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | |
| Person 2 | <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Kind | | |
| Vorname: | | | |
| Nachname: | | | |
| Geburtsdatum: | | | |
| Wohnsitz Deutschland: | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | |
| Person 3 | <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Kind | | |
| Vorname: | | | |
| Nachname: | | | |
| Geburtsdatum: | | | |
| Wohnsitz Deutschland: | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | |
| Person 4 | <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Kind | | |
| Vorname: | | | |
| Nachname: | | | |
| Geburtsdatum: | | | |
| Wohnsitz Deutschland: | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | |

UMFANG DES REISESCHUTZES:

| | |
|---------------------------------|---|
| Tarif für: | Outgoing - Deutsche im Ausland |
| Versicherbarer Personenkreis: | Versicherungsfähig sind Personen, deren ständiger Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland liegt. |
| Maximale Reisedauer: | bis 42 Tage pro Reise |
| Geltungsbereich: | weltweit mit USA + Kanada |
| Altersgrenzen: | keine Altersbegrenzung (Einzeltarif RK-J) / bis 69 J. (Familientarif RK-JF) |
| Vertragspartner (Risikoträger): | ARAG Krankenversicherungs-AG, Hollerithstraße 11, 81829 München |

ZAHLUNGSDATEN / EINZUGSERMÄCHTIGUNG:

| | | | |
|--|--|-----------|-------|
| IBAN: | DE _____ | | |
| BIC (optional): | | | |
| Beitragszahler: | <input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer <input type="checkbox"/> abweichender Beitragszahler | | |
| Wenn abweichender Beitragszahler, dann bitte vervollständigen: | | | |
| Anrede: | Vorname: | Nachname: | Land: |
| | | | |
| Straße, Hausnr. | | PLZ: | Ort: |
| | | | |
| Zahlweise: | | | |
| Bitte auswählen | <input checked="" type="checkbox"/> jährlich | | |
| | | | |
| Bitte bestätigen! | <input type="checkbox"/> SEPA-Lastschriftmandat (Ermächtigung zum Beitragseinzug) Hinweis zur erfassten Bankverbindung Ich ermächtige (Wir ermächtigen) die ARAG Krankenversicherungs-AG, Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von der ARAG Krankenversicherungs-AG auf mein (unser) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann (Wir können) innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Um mir (uns) eine Disposition meines (unseres) Bankkontos zu ermöglichen, informiert mich (uns) die ARAG spätestens 5 Kalendertage vor dem Abbuchungszeitpunkt („Pre-Notification“) | | |
| Bitte bestätigen! | <input type="checkbox"/> Ich sichere zu, das mir alle zugrundliegenden Produktinformationen, die Prämienübersicht und Versicherungsbedingungen zum gewünschten Versicherungsschutz vorliegen und ich diese gelesen habe und akzeptiere. | | |
| Bitte bestätigen: (Zutreffendes auswählen!) | <input type="checkbox"/> Ich wurde durch den Vermittler ausführlich zum Versicherungsschutz beraten. <input type="checkbox"/> Ich bestätige, dass mir die Möglichkeit einer Beratung durch den Vermittler zur Verfügung stand, jedoch auf eine Beratung verzichte. | | |
| Bitte bestätigen! | <input type="checkbox"/> Ich wünsche hiermit die verbindliche Buchung des Versicherungsschutzes durch ReisePolice – MATHIAS JENSCH Versicherungsmakler GmbH & Co. KG, Dresden | | |

UNTERSCHRIFT VERSICHERUNGSNEHMER:

X

Ort, Datum - Unterschrift Versicherungsnehmer

BITTE SENDEN SIE IHREN ANTRAG AN:

E-Mail:

kundenservice@reisepolice.com

Fax:

+49 351 832 88 35