

REISEVERSICHERUNG DER EUROP ASSISTANCE – ANTRAG JAHRESSCHUTZ

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

Europ Assistance Vermittler

Agentur-Nr./Vermittler-Nr.: 15320002

UMFANG DES REISESCHUTZES:

Reiserücktrittsversicherung	<input type="checkbox"/> gewünscht
	<ul style="list-style-type: none"> • Reiserücktritts-Schutz • Reiseabbruch-Schutz • Terror-Schutz • Verspätungs-Schutz • Stornoberatung
Auslandskrankenversicherung	<input type="checkbox"/> gewünscht
	<ul style="list-style-type: none"> • Auslandskranken-Schutz • Teleconsultation
Premium Reiseversicherung	<input type="checkbox"/> gewünscht
	<ul style="list-style-type: none"> • Reiserücktritts-Schutz • Reiseabbruch-Schutz • Terror-Schutz • Verspätungs-Schutz • Überraschungs-Schutz • Auslandskranken-Schutz • Reisegepäck-Schutz • Krankenrücktransport und Bergung innerhalb Deutschlands • Urlaubsservice • Stornoberatung • Teleconsultation
Reisekosten: Einzelpersonen max. bis 15.000 € Paar/Familie max. bis 20.000 €	<input type="checkbox"/> bis 1.000 € <input type="checkbox"/> bis 1.500 € <input type="checkbox"/> bis 2.000 € <input type="checkbox"/> bis 2.500 € <input type="checkbox"/> bis 3.000 € <input type="checkbox"/> bis 4.000 € <input type="checkbox"/> bis 5.000 € <input type="checkbox"/> bis 6.000 € <input type="checkbox"/> bis 7.000 € <input type="checkbox"/> bis 7.500 € <input type="checkbox"/> bis 8.000 € <input type="checkbox"/> bis 9.000 € <input type="checkbox"/> bis 10.000 € <input type="checkbox"/> bis 12.500 € <input type="checkbox"/> bis 15.000€ <input type="checkbox"/> bis 17.500 € <input type="checkbox"/> bis 20.000 €
Selbstbehalt:	<input type="checkbox"/> mit Selbstbehalt <input type="checkbox"/> ohne Selbstbehalt

VERSICHERUNGSNEHMER:

Anrede:	Vorname:	Nachname:	Geburtsdatum:
Straße, Hausnr.		PLZ:	Ort:
Telefon:*		Email:	

VERSICHERTE PERSON:

Anzahl Erwachsene:	<input type="checkbox"/> Eine Person <input type="checkbox"/> Zwei Personen <input type="checkbox"/> Kein Erwachsener		
1. Erw.: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	Vorname:	Name:	Geb.-Datum:
2. Erw.: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	Vorname:	Name:	Geb.-Datum:

Anzahl Kinder:	<input type="checkbox"/> 1 Kind <input type="checkbox"/> 2 Kinder <input type="checkbox"/> 3 Kinder <input type="checkbox"/> 4 Kinder <input type="checkbox"/> 5 Kinder <input type="checkbox"/> 6 Kinder <input type="checkbox"/> 7 Kinder		
1. Kind: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	Vorname:	Name:	Geb.-Datum:
2. Kind: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	Vorname:	Name:	Geb.-Datum:
3. Kind: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	Vorname:	Name:	Geb.-Datum:
4. Kind: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	Vorname:	Name:	Geb.-Datum:
5. Kind: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	Vorname:	Name:	Geb.-Datum:
6. Kind: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	Vorname:	Name:	Geb.-Datum:
7. Kind: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	Vorname:	Name:	Geb.-Datum:

UMFANG DES REISESCHUTZES:

Tariftyp:	<input type="checkbox"/> Einzelperson <input type="checkbox"/> Familie <input type="checkbox"/> Paar
Altersgruppe:	<input type="checkbox"/> 24 Jahre oder jünger <input type="checkbox"/> 25-39 Jahre <input type="checkbox"/> 40-49 Jahre <input type="checkbox"/> 50-64 Jahre <input type="checkbox"/> 65-74 Jahre <input type="checkbox"/> 75 Jahre oder älter
Versicherungsbeginn:	
Reisedauer:	Versicherungsschutz besteht je versicherter Reise für maximal 60 Tage.

EINZUGSERMÄCHTIGUNG:

IBAN:	DE__ __ __ __ __
Bitte bestätigen:	<input type="checkbox"/> SEPA-Lastschriftmandat (Ermächtigung zum Beitragseinzug) Bitte beachten Sie, dass der Versicherungsbeitrag ggf. erst im Folgemonat abgebucht wird. Für seine Unterlagen erhält der Versicherungsnehmer ein von Europ Assistance erstelltes SEPA Mandat auf Basis der hier zur Verfügung gestellten Daten. Innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, kann die Erstattung des belasteten Betrages verlangt werden. Es gelten dabei die mit dem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.
Bitte bestätigen:	<input type="checkbox"/> Ich sichere zu, das mir alle zugrundliegenden 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

* = freiwillige Angabe

UNTERSCHRIFT VERSICHERUNGSNEHMER:

X
.....
Ort, Datum - Unterschrift Versicherungsnehmer

BITTE SENDEN SIE IHREN ANTRAG AN:

E-Mail:

kundenservice@reisepolice.com

Fax:

+49 351 832 88 30