

Anmeldung zur CareMed Reiseversicherung Gold**Antragsteller** Frau O Herr O_____
Vorname Nachname_____
Straße PLZ Ort_____
Telefon E-Mail**Folgende Person soll versichert werden** Frau O Herr O_____
Vorname Nachname_____
Geburtsdatum (max. 69 Jahre) Heimatland/ Wohnsitz Reiseziel_____
Versicherungs-/ Reisebeginn Versicherungs-/ Reiseende Grund der Reise

Die maximale Reisedauer beträgt 13 Monate.

Ich wähle die folgende Versicherung:

- Reisekrankenversicherung Gold monatlicher Beitrag 43,00 €
 Reiseversicherungskombination Gold monatlicher Beitrag 52,00 €
(Reisekranken-, Unfall-, Haftpflicht- und Reisegepäckversicherung)

Versicherungsschutz mit **Amerika** (Nord- oder Südamerika) ohne **Amerika****Zahlungsweise:**

- Zahlung der Gesamtsumme mit beiliegendem Verrechnungsscheck
 Zahlung der Gesamtsumme durch Überweisung (Kopie der Einzahlung liegt bei)
 Zahlung des Gesamtbeitrages durch Einzugsermächtigung von folgendem Konto:

Kontonummer BLZ_____
Name des Geldinstituts Kontoinhaber (wenn nicht Antragsteller)
Name geschrieben und Unterschrift

Die CareMed Versicherung bietet Schutz auf Reisen. Die Versicherung gilt weltweit, jedoch nicht im Heimatland bzw. nicht im Land des letzten ständigen Wohnsitzes (falls abweichend vom Heimatland). Wenn Amerika (auch) zu Ihren Reisezielen gehört, gilt Selbstbehalt von 100 US \$ je Schaden-/ Krankheitsfall. Für Reisen ohne Amerika gibt es keinen Selbstbehalt.

Versicherungsschutz besteht – ordnungsgemäße Zahlung vorausgesetzt – ab dem beantragten Zeitpunkt, jedoch frühestens einen Arbeitstag nach Eingang dieses Antrags bei der Büro Dr. Walter GmbH. Hiermit beantrage ich die oben ausgewählte CareMed Versicherung

Ort, Datum Unterschrift des Antragstellers

→ Bitte senden Sie diesen Antrag per Post oder Fax an:

Dr. Walter GmbH, Eisenerzstraße 34, 53819 Neunkirchen-Seelscheid
Telefon 02247/9194-0 Fax 02247/9194-40.
Postbank Köln Kontonummer 212076500 (BLZ 370 100 50)
IBAN: DE 03 370100500212076500 – BIC: PBNKDEFF

