

Antrag auf Auslandsreisekrankenversicherung nach Tarif GAR3 / DiA e.V.

Versicherungsnehmer

Frau O Herr O

Vorname

Nachname

Straße

PLZ

Ort

Telefon

Fax

E-Mail

Folgende Person soll versichert werden Frau O Herr O

Vorname

Nachname

Geburtsdatum (Höchstalter 50 Jahre)

Reiseziel

Versicherungsbeginn

Versicherungsende (Mindestdauer 9 Monate)

Beiträge

Der Beitrag für die Auslandsreisekrankenversicherung richtet sich nach Geschlecht und Alter. Den entsprechenden Monatsbeitrag entnehmen Sie bitte der beiliegenden Leistungsbeschreibung. Beim Abschluss der Versicherung sowie bei Verlängerung und Stornierung fällt jeweils eine Bearbeitungsgebühr von 10 € an.

Monatlicher Beitrag: _____ Euro

O Zusätzlich zur beantragten Versicherung soll auch die Pflegeversicherung nach Tarif PVN abgeschlossen werden.

Zahlungsweise:

Die Beitragszahlung erfolgt monatlich durch Lastschriftinzug. Die Einzugsermächtigung hierzu wird von folgendem Konto erteilt:

Kontonummer

BLZ

Name und Sitz des Geldinstituts
Unterschrift

Kontoinhaber (wenn nicht Antragsteller) Name ausgeschrieben und

Vorversicherung:

Welche Versicherungen bestanden vorher?

Krankenversicherung bei _____ von _____ bis _____

Pflegeversicherung bei _____ von _____ bis _____

Ich beantrage Versicherungsschutz zum Gruppenvertrag GAR3 der Dr. Walter GmbH nach Maßgabe der Allgemeinen Versicherungsbedingungen GAR3 /DiA e.V. in Verbindung mit der besonderen Leistungsbeschreibung GAR3 /DiA e.V der Victoria Krankenversicherung AG. Für die Zeit meiner Reise werde ich passives Mitglied im DiA e.V.. Mit der Mitgliedschaft sind keine weiteren Pflichten verbunden.

Ort/Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer und zu versichernde Person, bei Minderjährigen der gesetzliche Vertreter

→ Bitte senden Sie diesen Antrag zusammen mit der Erklärung über die Gesundheitsverhältnisse an
Dr. Walter GmbH, Eisenerzstrasse 34, 53819 Neunkirchen-Seelscheid, Tel: 02247/9194-0, Fax 02247/9194-40