

KRANKENVERSICHERUNG FÜR BIS ZU 60 MONATE AUSLANDSAUFENTHALT IN DEUTSCHLAND

ANTRAG EXPAT®GERMANY

| ANTRAGSTELLER(IN) / VERSICHERUNGSBERECHTIGTE(R): | | | | | | | | | | |
|---|--------------|---|---|-----------------|--------------------------------------|--------------------------------|--------|--------|---------------------|---|
| Name: Nazwisko | | Vorname(n): Imiona | | | Derz. Beruf: Wykonywany zawód | | | | | |
| Dokładny adres w Niemczech | | | | | BDAE Mitgl.-Nr., sofern vorhanden | | | | | |
| Anschrift: | | | | | | | | | | |
| Fon: Numer telefonu | | Fax: Numer faksu | | | e-mail: Adres e-mail | | | | | |
| ANGABEN ZUM ZAHLUNGSVERKEHR: | | | | | | | | | | |
| <i>Tu zaznaczyć termin płatności</i> | | | | | | | | | | |
| Zahlweise*: <input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> halbjährlich (+2%) <input type="checkbox"/> vierteljährlich (+3%) <input type="checkbox"/> monatlich (+5%) | | | | | | | | | | |
| Bank: Nazwa banku | | Kto.-Nr.: Numer konta | | | BLZ: Numer BLZ | | | | | |
| Kreditkarte (+6%)*: | | <input type="checkbox"/> Master-/Eurocard <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Diners | | Gültig bis: | Karten-Nr.: | | | | | |
| Konto-/Kartentinhaber, falls nicht Antragsteller (bitte zusätzlich unten unterschreiben lassen): | | | | | | | | | | |
| ANGABEN ZU WEITEREN KRANKENVERSICHERUNGEN: | | | | | | | | | | |
| <i>Zaznaczyć czy istnieje inne ubezp. zdrowotne w Niemczech</i> | | | | | | | | | | |
| Besteht eine weitere Krankenversicherung? * <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei: _____ Vers.-Nr.: _____ | | | | | | | | | | |
| FOLGENDE PERSONEN SOLLEN VERSICHERT WERDEN: (Bitte Antragsteller(in) mit berücksichtigen!) | | | | | | | | | | |
| Name, Vorname(n) | Nationalität | Geschlecht* | | Geburtsdatum | Einreisdatum in Deutschland | Tarifauswahl* EXPAT®GERMANY | | | Monatsbeitrag (EUR) | Versicherungsbeginn (Monat/Jahr) |
| | | m | w | | | G-BASIS | G-PLUS | G-DENT | | |
| Nazwisko, imie | PL | Tu zaznaczyć plec | | Data ur. | Data zameldowania w Niemczech | X | | | 79,- | Początek ubezpieczenia m-c / rok |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| (*bitte ankreuzen) | | | | | | | | | | |
| Hiermit beantrage(n) ich/wir Versicherungsschutz nach den Versicherungsbedingungen für befristete Kranken- und Krankentagegeldversicherung der EXPAT®Reihe für Langzeitreisen Teil I und Teil II: Tarif EXPAT®GERMANY für die oben aufgeführten Personen durch Anmeldung als versicherte Personen beim Versicherer. | | | | | | | | | | |
| Die versicherten Personen bzw. deren gesetzliche Vertreter bevollmächtigen den Versicherer, jederzeit alle zur Feststellung des Gesundheitszustandes (auch vorvertraglich) für erforderlich erachteten Auskünfte bei Dritten einzuholen und entbinden diese von ihrer Schweigepflicht. | | | | | | | | | | |
| Die Gesamtprämie ist entsprechend der gewählten Zahlweise jeweils im Voraus zu entrichten. Die Einzugsermächtigung für o.a. Kontoverbindung oder Kreditkarte wird hiermit erteilt. Hinweis: Die Prämie ist nach Zugang der Bestätigung, spätestens zum beantragten Versicherungsbeginn fällig. Mir/uns ist bekannt, dass die Versicherungsnehmerin im Falle einer vom Versicherungsberechtigten zu vertretenden fehlenden oder unvollständigen Zahlung der jeweils fälligen Prämie und Nebenkosten die oben aufgeführten Personen nicht beim Versicherer als versicherte Person anmeldet, beziehungsweise wieder abmeldet. Mir/uns ist weiterhin bekannt, dass in diesem Fall kein Versicherungsschutz besteht. | | | | | | | | | | |
| Miejscowosc, data | | | | | podpis | | | | | |
| Ort, Datum: | | | | | Unterschriften: | | | | | |
| (Antragsteller, ggf. als gesetzlicher Vertreter mitzuversichernder Personen und alle volljährigen zu versichernden Personen, ggf. anderer Konto-/ Kartentinhaber) | | | | | | | | | | |
| Versicherer: Mondial Assistance International AG, Niederlassung für Deutschland | | | | | | | | | | |
| Versicherungsnehmerin: BDAE Dienstleistungsgesellschaft mbH | | | | | | | | | | |

Stand: 14.04.2010