

KRANKENVERSICHERUNG FÜR BIS ZU 60 MONATE AUSLANDSAUFENTHALT

ANTRAG EXPAT®GLOBAL-P

ANTRAGSTELLER(IN) / VERSICHERUNGSBERECHTIGTE(R):									
Name: Nazwisko	Vorname(n): Imie			Derz. Beruf: Wykonywany zawód					
Dokładny adres w Niemczech				BDAE Mitgl.-Nr., sofern vorhanden					
Anschrift:									
Fon: Nr. telefonu	Fax:			e-mail:					
ANGABEN ZUM ZAHLUNGSVERKEHR:									
Zahlweise*:	<input type="checkbox"/> jährlich	<input type="checkbox"/> halbjährlich (+2%)	<input type="checkbox"/> vierteljährlich (+3%)	<input checked="" 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:									
Besteht eine weitere Krankenversicherung?*		<input checked="" 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*		Geburts- datum	Geplantes Aufenthaltsland	Einschluss* USA/Kanada		Monats- beitrag (EUR)	Versicherungs- beginn (Monat./Jahr)
		m	w			ohne	mit		
Nazwisko, imie	PL	Tu zaznaczyc plec: m/w		Data ur.	D	X		144,-	Data rozp. ubezpz., np. 06/2010
(*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®GLOBAL-P 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									