

**AUSLANDSKRANKENVERSICHERUNG FÜR AUSBILDUNGSZWECKE**

# ANTRAG EXPAT ACADEMIC

<b>ANTRAGSTELLER(IN) / VERSICHERUNGSNEHMER(IN):</b>									
<input type="checkbox"/> Frau* <input type="checkbox"/> Herr*									
Name:		Vorname(n):		BDAE Mitgl.-Nr., sofern vorhanden:					
Anschrift:									
Fon:		Fax:		e-mail:					
<b>ANGABEN ZUM ZAHLUNGSVERKEHR:</b>									
Monatliche Zahlweise*:		<input type="checkbox"/> Überweisung****		<input type="checkbox"/> Lastschrift (nur deutsche Kontoverbindungen**)					
Bank:		IBAN		BIC:					
Kontoinhaber, falls nicht Antragsteller (bitte zusätzlich unten unterschreiben lassen):									
<b>ANGABEN ZU WEITEREN KRANKENVERSICHERUNGEN:</b>									
Besteht eine weitere Krankenversicherung*?		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei:		Vers.-Nr.:					
<b>FOLGENDE PERSON SOLL VERSICHERT WERDEN:</b>									
Name, Vorname(n)		Nationalität		Geschlecht*		Geburtsdatum			
				m   w					
<b>TARIF DETAILS:</b>									
Tarifauswahl* EXPAT ACADEMIC			Geplantes Aufenthaltsland	Art der Ausbildung im Aufenthaltsland	Einschluss USA/Kanada		Monatsprämie ges. (EUR)***	Versicherungsbeginn ab (Tag/Monat/Jahr)	Versicherungsende bis einschl. (Tag/Monat/Jahr)
BASIS	STANDARD	PREMIUM			ohne	mit			
<p>(*bitte ankreuzen); (**bitte ausfüllen); (***)ab dem 13. Monat erhöht sich die Monatsprämie gem. dem dann gültigen Tarif EXPAT ACADEMIC); (****auf das Konto der Würzburger Versicherungs-AG: Deutsche Bank AG Würzburg, Konto: 378 000 00, BLZ: 790 700 16, BIC: DEUTDEMM790, IBAN: DE 03 790 700 16 00 37 80 00 00)</p> <p>Hiermit beantrage ich Versicherungsschutz nach den Allgemeinen und Besonderen Versicherungsbedingungen zum EXPAT ACADEMIC (AVBB EXPAT ACADEMIC), dem Tarif EXPAT ACADEMIC, dem Produktinformationsblatt und den Wichtigen Informationen zum Versicherungsvertrag für die oben aufgeführte Person durch Anmeldung als versicherte Personen beim Versicherer. Innerhalb von zwei Wochen nach Erhalt des Versicherungsscheins kann ich meine Vertragserklärung widerrufen. Bewusst unwahre Angaben können den Versicherer gem. § 19 Versicherungsvertragsgesetz zum Vertragsrücktritt berechtigen.</p> <p>Die Monatsprämie ist jeweils für einen Monat im Voraus zu entrichten. Die Einzugsermächtigung für o.a. Kontoverbindung wird hiermit gegenüber der Würzburger Versicherungs-AG erteilt. Der Einzug ist erkennbar an der Gläubiger-Identifikationsnummer DE30ZZ00000030954. Die persönliche Mandatsreferenznummer wird auf der Versicherungsbestätigung mitgeteilt. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Würzburger Versicherungs-AG auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Die Prämie ist nach Zugang der Bestätigung, spätestens zum beantragten Versicherungsbeginn fällig. Bitte beachten Sie im Falle einer vom/von der Versicherungsnehmer/in zu vertretenden fehlenden oder unvollständigen Zahlung der jeweils fälligen Prämie und Nebenkosten die AVBB EXPAT ACADEMIC Allgemeiner Teil Ziffer 4.</p>									
Ort, Datum:			Unterschriften:						
			(Antragsteller, ggf. als gesetzlicher Vertreter mitzuversichernder Personen und alle volljährigen zu versichernden Personen, ggf. anderer Konto-/ Karteninhaber)						
Versicherer:									
Würzburger Versicherungs-AG, Bahnhofstraße 11, D-97070 Würzburg, Fon +49-931-2795-0, Fax +49-931-2795-291, info@wuerzburger.com, www.wuerzburger.com									

Stand: 24.10.2019

