

**KRANKENVERSICHERUNG FÜR NICHT BERUFLICH BEDINGTE AUSLANDSREISEN BIS ZU 365 TAGEN****ANTRAG EXPAT VISIT** M84301.21880**ANTRAGSTELLER(IN)/VERSICHERUNGSBERECHTIGTE(R):**

Name:	Vorname(n):	Geburtsdatum:
Straße, Hausnummer:	Zustellergängung:	Derz. Beruf:
Postleitzahl: D-	Wohnort:	BDAE Mitgl.-Nr., sofern vorhanden:
Fon:	Fax:	E-Mail:

**ZAHLUNGSWEISE:** (Sepa-Lastschriftmandat untenstehend)

Bank:	IBAN:	BIC:
-------	-------	------

Kontoinhaber, falls nicht Antragsteller:

Unterschrift des Kontoinhabers:

**ANGABEN ZU WEITEREN KRANKENVERSICHERUNGEN:**

Besteht eine weitere Krankenversicherung*?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei:	Vers.-Nr.:
--	---	------------

**FOLGENDE PERSONEN SOLLEN VERSICHERT WERDEN:** (Bitte alle zu versichernden Personen angeben!)

Versicherte Person	Name, Vorname(n)	Geschlecht*		Nationalität	Geburtsdatum	Passnummer	Geplantes Aufenthaltsland	USA/Kanada*	
		m	w					ja	nein
1.									
2.									
3.									

**PRÄMIENBERECHNUNG:**

Versicherte Person	Versicherungsbeginn ab (Tag/Monat/Jahr)**	Versicherungsende bis einschließlich (Tag/Monat/Jahr)	Reisedaten (von/bis)	Anzahl Tage (max. 365)	ohne	mit	zu zahlende Einmalprämie
					USA/Kanada ab 1,10 EUR pro Tag	USA/Kanada ab 3,30 EUR pro Tag	
1.					EUR	EUR	EUR
2.					EUR	EUR	EUR
3.					EUR	EUR	EUR

(\*bitte ankreuzen) (\*\* frühestens am Tag nach Antragsingang beim Versicherer)

**GESAMTEINMALPRÄMIE:**

EUR

Wichtige Hinweise: Maßgebend für den Vertrag sind der Antrag, die Versicherungsbestätigung sowie die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Expat Visit (AVB-EV-365/2014). Sie erklären mit Ihrer Unterschrift, dass Ihnen rechtzeitig vor Antragstellung die AVB-EV-365/2014, alle Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, dem Produktinformationsblatt und den Kundeninformationen nach der Verordnung über Informationspflichten in Textform zur Verfügung gestellt wurden. Sie können innerhalb von 14 Tagen nach Erhalt der Versicherungsbestätigung Ihre Vertragserklärung widerrufen. Bewusst unwahre Angaben können den Versicherer gem. § 19 Versicherungsvertragsgesetz zum Vertragsrücktritt berechtigen. Sepa-Lastschriftmandat: Ich ermächtige die Würzburger Versicherungs-AG, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Würzburger Versicherungs-AG auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Der SEPA-Basislastschrifteinzug wird mir spätestens einen Kalendertag im Voraus unter Angabe der Fälligkeitstermine angekündigt. Zahlungsempfänger: Würzburger Versicherungs-AG, Gläubiger-Identifikationsnummer: DE30ZZZ00000030954, die Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschriften: \_\_\_\_\_  
Antragsteller(in)/versicherte(n) Person(en)

Versicherer: Würzburger Versicherungs-AG, Bahnhofstr. 11, D-97070 Würzburg; Versicherungsnehmerin: BDAE Dienstleistungsgesellschaft mbH

Bitte schicken Sie das Formular ausgefüllt und unterschrieben per Post, Fax oder auf elektronischem Weg zurück.

### SEPA-Lastschriftmandat

Würzburger Versicherungs-AG  
Bahnhofstraße 11  
97070 Würzburg

Fax-Nr.: 0931/2795-291  
E-Mail: vt@wuerzburger.com

Würzburger Versicherungs-AG, Bahnhofstraße 11, 97070 Würzburg  
Gläubiger-Identifikations-Nummer: DE30ZZZ00000030954  
Die Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt.

Dieses SEPA-Lastschriftmandat verwenden wir für die vertragliche Vereinbarung mit

Vorname und Name / Vertragsnummer (n) falls bekannt

Ich ermächtige die Würzburger Versicherungs-AG, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Würzburger Versicherungs-AG auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

**Hinweis:** Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Rückerstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Der SEPA-Basislastschrift-Einzug wird mir spätestens einen Kalendertag im Voraus unter Angabe der Fälligkeitstermine angekündigt.

#### Kontoinhaber:

Vorname und Name

Straße und Hausnummer

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

PLZ

Ort

E-Mail

#### Bankverbindung:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Kreditinstitut (Name)

BIC

IBAN

<b>D</b>	<b>E</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Prüfzahl	Bankleitzahl														Kontonummer (rechtsbündig u. ggf. mit Nullen auffüllen)																			

Prüfzahl

Bankleitzahl

Kontonummer (rechtsbündig u. ggf. mit Nullen auffüllen)

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers