

Anmeldung zur Versicherung PROVISIT-VISUM //

Application for the insurance PROVISIT-VISUM

Würzburger Versicherung AG
vermittelt durch // provided by DR-WALTER GmbH

Feld für besondere Vermerke // Space for special notices | Ausgebende Organisation // Issuing organisation [00001] | Versicherungsnummer (wird bei Eingang vergeben) // policy no. (to be indicated after application)

Antragsteller // Applicant

<input type="checkbox"/> Frau // Ms	<input type="checkbox"/> Herr // Mr	Vorname // First name	Nachname // Family name
Straße, Hausnummer, ggf. c/o // Street, street number, if needed c/o		PLZ // Postal code	Ort // City
Telefon // Telephone	Fax	E-Mail	

Folgende Person soll versichert werden // The following person shall be insured

<input type="checkbox"/> Frau // Ms	<input type="checkbox"/> Herr // Mr	Vorname // First name	Nachname // Family name
Geburtsdatum // Date of birth	Staatsangehörigkeit // Nationality	Einreisedatum // Date of arrival	
Gewünschter Versicherungsbeginn // Start of insurance		Gewünschtes Versicherungsende // End of insurance	

Grund des Aufenthaltes im Ausland // Reason for the stay abroad

Ich wähle folgenden Versicherungsschutz // I choose the following insurance coverage

	Personen bis 64 Jahre // Persons up to 64 years	Personen ab 65 Jahre // Persons aged 65 years and older
Reisekrankenversicherung // Health Insurance	<input type="checkbox"/> 1,10€* pro Reisetag // per travel day	<input type="checkbox"/> 6,50€* pro Reisetag // per travel day
Kombination aus Reisekranken-, Privathaftpflicht- und Unfallversicherung // Combination of health insurance, liability and accident insurance	<input type="checkbox"/> 1,30€* pro Reisetag // per travel day	<input type="checkbox"/> 6,70€* pro Reisetag // per travel day

*Mindestbeitrag 20€, Höchstdauer 180 Tage // Minimum fee € 20, maximum duration 180 days

Zahlungsweise // Payment

Einmalzahlung durch SEPA-Lastschriftmandat von folgendem Konto: // Single payment in one sum by SEPA direct debit mandate to the following account:

IBAN	BIC
------	-----

Ich ermächtige die DR-WALTER GmbH (Eisenerzstraße 34, 53819 Neunkirchen-Seelscheid, Germany; Gläubiger-Identifikationsnummer DE76ZZZ00000887121; Mandatsreferenz: Versicherungsnummer), Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich das Kreditinstitut an, die von der DR-WALTER GmbH auf mein/unser 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/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

I hereby authorize DR-WALTER GmbH (Eisenerzstrasse 34, 53819 Neunkirchen-Seelscheid, Germany; Creditor Identifier DE76ZZZ00000887121; Mandate reference: insurance policy number) to collect payments from my/our bank account by direct debit. I also instruct my bank to pay the direct debits drawn by DR-WALTER GmbH from my/our account.
Note: I am entitled to demand the refund of the debited amount within eight weeks from the debit date. The terms and conditions agreed with my/our bank shall apply.

Kontoinhaber (Vorname, Nachname) // Account holder (first name, family name)	Unterschrift des Kontoinhabers // Signature of account holder
--	---

Überweisung des Gesamtbeitrages auf das Konto der DR-WALTER GmbH, Postbank Köln, BIC: PBNKDEFF, IBAN: DE03 3701 0050 0212 0765 00 (Kopie der Überweisung liegt bei) // Payment of total sum by bank transfer to DR-WALTER GmbH, Postbank Köln, BIC: PBNKDEFF, IBAN: DE03 3701 0050 0212 0765 00 (proof of payment attached)

Wichtiger Hinweis und Unterschrift // Important note and signature

Der Versicherungsschutz besteht, ordnungsgemäße Zahlung vorausgesetzt, ab dem beantragten Zeitpunkt, jedoch frühestens ab Eingang des Antrages bei der DR-WALTER GmbH.

Bevor Sie diese Anmeldung unterschreiben, beachten Sie bitte auf der Rückseite die Schlusserklärungen sowie die weiteren wichtigen Hinweise. Diese Erklärungen sind wichtiger Bestandteil des Vertrages. Mit Ihrer Unterschrift machen Sie die Schlusserklärungen zum Bestandteil des Vertrages.

Ich beantrage Versicherungsschutz nach Maßgabe der beiliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Provided the appropriate premium has been paid, insurance cover shall commence on the date applied for but not before DR-WALTER GmbH has received this application.

Please see final declarations and important legally binding information on the backside of this form before you sign this application. These details are integral parts of the contract. With your signature, you agree to the final declarations as an element of the contract.

I wish to purchase insurance coverage according to the enclosed general insurance conditions.

Ort, Datum // Date, Place	Unterschrift des Antragstellers // Signature of applicant
---------------------------	---

Schlusserklärung des Antragstellers und der zu versichernden Person sowie weitere wichtige Hinweise // Final declaration of the applicant and the person to be insured as well as other important legally binding information.

Ermächtigung zur Datenübermittlung

Ich willige ein, dass die Versicherer und die DR-WALTER GmbH, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient, allgemeine Vertrags-, Abrechnungs- und Leistungsdaten in Datensammlungen führen. Die allgemeinen Vertrags- und Abrechnungsdaten können außerdem an die vermittelnde Agentur weitergegeben werden.

Vertragspartner

Für dieses Versicherungsprodukt arbeitet die DR-WALTER GmbH mit ausgewählten, renommierten Versicherungsgesellschaften zusammen.

Den Versicherungsschutz für die Reisekranken-, Privathaftpflicht- und Unfallversicherung gewährt die Würzburger Versicherung-AG, Bahnhofstr. 11, 97070 Würzburg. Sitz: Würzburg, Amtsgericht Würzburg, HRB 3500

Vertragsgrundlagen

Das Produkt PROVISIT-VISUM ist eine Versicherungskombination aus rechtlich unabhängigen Versicherungsverträgen, die exklusiv über die DR-WALTER GmbH bzw. deren Vertriebspartner angeboten werden.

Der Krankenversicherung liegen die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Auslandsreisekrankenversicherung (AVB-AR-365/2019) der Würzburger Versicherung AG zugrunde. In Abweichung von § 3 Abs. 2 gilt der Versicherungsvertrag für die im Versicherungsschein vereinbarte Dauer, maximal bis zu 180 Tagen. Abweichend von § 1. Abs. 5. der Allgemeinen Versicherungsbedingungen können Personen, die nicht körperlich tätig sind, bis zu 180 Tage versichert werden.

Für die Privathaftpflichtversicherung – sofern vereinbart – beträgt die Deckungssumme 1 Mio. € pauschal für Personen- und Sachschäden. Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Reisehaftpflichtversicherung (AHB-Reise) in Verbindung mit den Besonderen Bedingungen und Risikobeschreibungen zur Reisehaftpflichtversicherung für Privatpersonen der Würzburger Versicherung AG.

Für die Unfallversicherung – sofern vereinbart – beträgt die Versicherungssumme bei 100% Unfallinvalidität 67.500 €, bei Invalidität 30.000 € mit 225% Progression, bei Tod 5000 €, Bergungskosten 3000 €, kosmetische Operationen 3000 €. Es gelten die Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2008) in Verbindung mit den Besonderen Bedingungen zur Reiseunfallversicherung (BB-RUV 2008) und den Besonderen Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (225%) und den Ergänzenden Besonderen Bedingungen und Risikobeschreibungen zur Reiseunfallversicherung der Würzburger Versicherung AG.

Auf das Versicherungsverhältnis findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung. Die für Beschwerden zuständige Aufsichtsbehörde ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn. Darüber hinaus können Sie sich bei Beschwerden auch an einen außergerichtlichen Streitschlichter wenden:

- bei Beschwerden zum Thema Krankenversicherung an den Ombudsmann für die Private Kranken- und Pflegeversicherung, Postfach 060222, 10052 Berlin
- bei Beschwerden, die nicht die Krankenversicherung betreffen, an den Versicherungs-Ombudsmann, Postfach 080632, 10006 Berlin

Der Ombudsmann ist zugleich Schlichtungsstelle zur außergerichtlichen Beilegung von Streitigkeiten bei Versicherungsverträgen mit Verbrauchern und zwischen Versicherungsvermittlern und Versicherungsnehmern. Seine Entscheidungen sind für den Versicherer nicht bindend. Die Möglichkeit zur Einleitung eines gerichtlichen Verfahrens bleibt unberührt.

Zusammensetzung der Versicherungsprämie:

PROVISIT-VISUM	bis 64 Jahre	ab 65 Jahre
Gesamtbeitrag	1,30 €	6,70 €
Anteil Auslandsreisekrankenversicherung	1,10 €	6,50 €
Anteil Reisehaftpflichtversicherung *)**	0,14 €	0,14 €
Anteil Reiseunfallversicherung *)**	0,06 €	0,06 €

* Beinhaltet die zurzeit gültige Versicherungssteuer.

** Auf Antrag kann die Haftpflicht-/Unfallversicherung ausgeschlossen werden.

Widerrufsbelehrung

Sie können Ihre Vertragserklärung ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Der Widerruf muss innerhalb einer Frist von zwei Wochen ab Vertragsschluss erfolgen. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Ihren Widerruf richten Sie an:

Würzburger Versicherungs-AG
c/o DR-WALTER GmbH
Eisenerzstraße 34
53819 Neunkirchen-Seelscheid

T +49(0)2247 9194-0, F +49(0)2247 9194-40, info@dr-walter.com

Kontakt

Bitte wenden Sie sich bei allen Fragen zur Vertrags- und Leistungsabwicklung an unser Büro:

DR-WALTER GmbH
Eisenerzstraße 34
53819 Neunkirchen-Seelscheid

Registergericht Siegburg HRB 4701
Geschäftsführer: Dipl.-Kfm. Reinhard Bellinghausen, Angelika V. Kolmer (COO)

Postbank Köln
IBAN: DE 03 3701 0050 0212 0765 00, BIC: PBNKDEFF

Kostenlose Servicrufnummer: 0800-678 2222

T +49(0)2247 9194-0
F +49(0)2247 9194-40

www.dr-walter.com
info@dr-walter.com
www.provisit-visum.de

Consent clause

I consent to the insurers and DR-WALTER GmbH as far as it serves the duly accomplishment of my insurance matters to record general contract data, contribution data and insurance cases in data pools. General data may also be transmitted to the agency where the insurance was purchased.

Contract partners

With respect to this insurance product, DR-WALTER GmbH works together with selected, renowned insurance companies.

Insurance coverage for health, accident and liability insurance is provided by: Würzburger Versicherung-AG, Bahnhofstr. 11, 97070 Würzburg.

Registered office: Würzburg, Amtsgericht Würzburg, HRB 3500 (Registration Court)

Contract basis

PROVISIT-VISUM is a combination of legally independent insurance contracts exclusively sold by DR-WALTER GmbH and its partners.

This travel health insurance is based on the General Insurance Conditions (AVB-AR-365/2019). Notwithstanding § 3 par. 2 of the General Insurance Conditions, persons can be insured up to 180 days. Notwithstanding § 1 par. 5 of the General Insurance Conditions, persons who do not do physical work can be insured up to 180 days.

The sum insured for private liability insurance is € 1 million for bodily injuries and property damages. The General Insurance Conditions for Liability Insurance (AHB-Reise) apply together with the Special Conditions for Travel Liability Insurance (if agreed).

The sum insured for disability caused by an accident is in case of 100% accidental disability € 67,500, for disability € 30,000 (with no increase in the sum insured in proportion to the degree of disability); in the event of death, the sum is € 5,000, the sum for rescue costs is € 3,000, the sum for plastic surgery as a result of an accident is € 3,000. The General Insurance Conditions for Accident Insurance (AUB 2008) apply together with the Special Conditions for Travel Accident Insurance (BB-RUV 2008) and the Special Conditions for Travel Accident Insurance with progressive proportion (225%) and the Additional Special Conditions and Risk Descriptions for Accident Insurance.

The insurance policy is governed by German law. In case of appeal, the responsible supervisory authority is the Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (Federal Financial Supervisory Authority), Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn.

In case of appeal, you are furthermore entitled to apply to an extra-judicial arbitrator:

- If you have any complaints regarding health insurance topics, please direct them to the ombudsman for private health and long term care insurance: Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung, Postfach 060222, 10052 Berlin.
- Please direct all other complaints to the insurance ombudsman: Versicherungs-Ombudsmann e. V., Postfach 080632, 10006 Berlin.

The ombudsman is both extra-judicial arbitrator for the settlement of disputes regarding insurance contracts with consumers and for the settlement of disputes between insurance brokers and insured persons. His decisions are not binding for the insurer. The possibility of initiating legal proceedings remains unaffected.

In case of appeal, please also refer to the responsible supervisory authority: Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (Federal Financial Supervisory Authority), Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn.

Portions of insurance fee fee:

PROVISIT-VISUM	up to 64 years	65 years and above
Total fee per travel day	€ 1.30	€ 6.70
Portion health insurance fee	€ 1.10	€ 6.50
Portion liability insurance fee *)**	€ 0.14	€ 0.14
Portion accident insurance fee *)**	€ 0.06	€ 0.06

* Includes present insurance tax rate.

** On request, liability and accident insurance can be excluded.

Right of revocation

You can revoke your contractual declaration in writing (e.g. letter, fax, email) without giving reasons within two weeks after conclusion of the contract. Timely sending of the revocation statement is sufficient for complying with the revocation period. Please send your revocation to:

Würzburger Versicherungs-AG
c/o DR-WALTER GmbH
Eisenerzstraße 34
53819 Neunkirchen-Seelscheid
Germany

T +49(0)2247 9194-0, F +49(0)2247 9194-40, info@dr-walter.com

Contact

For any questions regarding contract and claims handling, please contact our office:

DR-WALTER GmbH
Eisenerzstraße 34
53819 Neunkirchen-Seelscheid
Germany

Registergericht Siegburg (Registration Court) HRB 4701
Executive Manager: Dipl.-Kfm. Reinhard Bellinghausen, Angelika V. Kolmer (COO)

Bank account at Postbank Köln
IBAN: DE 03 3701 0050 0212 0765 00, BIC: PBNKDEFF

Free service hotline: 0800-678 2222

T +49(0)2247 9194-0
F +49(0)2247 9194-40

www.dr-walter.com
info@dr-walter.com
www.provisit-visum.de