

Anmeldung zur Versicherung PROVISIT-MULTIPASS //

Application for the insurance PROVISIT-MULTIPASS

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

Feld für besondere Vermerke // Space for special notices		Ausgebende Organisation // Issuing organization	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 // Email

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 (Höchstalter 64 Jahre) // Date of birth (Age limit 64 years)		Staatsangehörigkeit // Nationality	Einreisedatum // Date of arrival
Gewünschter Versicherungsbeginn // Requested inception date		Gewünschtes Versicherungsende // Requested insurance expiry	

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

--

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

<input type="checkbox"/>	90 in 180 Tagen // 90 in 180 days	117 €	Reisekrankenversicherung 99 € // Health Insurance fee €99	Reisehaftpflicht-, Reiseunfall- und Abschiebekostenversicherung* 18 € // Liability, Accident and Deportation Costs Insurance fee* €18
<input type="checkbox"/>	180 in 360 Tagen // 180 in 360 days	234 €	Reisekrankenversicherung 198 € // Health Insurance fee €198	Reisehaftpflicht-, Reiseunfall- und Abschiebekostenversicherung* 36 € // Liability, Accident and Deportation Costs Insurance fee* €36

* beinhaltet die zurzeit gültige Versicherungssteuer // Includes present insurance tax rate

Zahlungsweise // Payment

<input type="checkbox"/>	Einmalzahlung durch SEPA-Lastschriftmandat von folgendem Konto: // Single payment in one sum by SEPA direct debit mandate to the following account:		
IBAN	<input type="text"/>		BIC
<p>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.</p> <p>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.</p>		<p>I hereby authorize DR-WALTER GmbH (Eisenerzstr. 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.</p> <p>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.</p>	
Kontoinhaber (Vorname, Nachname) // Account holder (first name, family name)		Unterschrift des Kontoinhabers // Signature of account holder	

<input type="checkbox"/>	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 einer ausgewählten, renommierten Versicherungsgesellschaft zusammen.

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

Vertragsgrundlagen

Das Produkt PROVISIT-MULTIPASS 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 Versicherungs-AG zugrunde. Abweichend von § 1. Abs. 5. der Allgemeinen Versicherungsbedingungen können Personen, die nicht körperlich tätig sind, innerhalb von 180 Tagen bis 90 Tage oder innerhalb von 360 Tagen bis 180 Tage für beliebig viele Aufenthalte versichert werden.

Für die Privathaftpflichtversicherung – sofern vereinbart – beträgt die Deckungssumme 1 Mio. € pauschal für Personen- und Sachschäden. Abschiebekosten sind bei einer behördlich angeordneten Abschiebung bis 2.500 € mit einer Selbstbeteiligung von 10%, max. 250 €, versichert. Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Reisehaftpflichtversicherung (AHB-Reise) in Verbindung mit den Besonderen Bedingungen und Risikobeschreibungen zur Reisehaftpflichtversicherung für Privatpersonen der Würzburger Versicherungs-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 3.000 €, kosmetische Operationen 3.000 €. Es gelten die Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2008) in Verbindung mit den Besonderen Bedingungen zur Reiseunfallversicherung (BB-RUV 2008) und den Besonderen Bedingungen zur Reiseunfallversicherung (BB-RUV 2008) und den Besonderen Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (225%), der Ergänzenden Besonderen Bedingungen und Risikobeschreibungen zur Reiseunfallversicherung der Würzburger Versicherungs-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 Private Kranken- und Pflegeversicherung, Postfach 060222, 10052 Berlin, www.pkv-ombudsmann.de
- bei Beschwerden, die nicht die Krankenversicherung betreffen, an den Versicherungsombudsmann e. V., Postfach 080632, 10006 Berlin, www.versicherungsombudsmann.de

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

Zusammensetzung der Versicherungsprämie:

Beitrag für 90 Tage in 180 Tagen	
Reisekrankenversicherung	99 €
Reisehaftpflichtversicherung*	10 €
Reiseunfallversicherung*	5 €
Abschiebekosten*	3 €
* beinhaltet die zurzeit gültige Versicherungssteuer	
Gesamtbeitrag für 90 Tage in 180 Tagen	117 €
Beitrag für 180 Tage in 360 Tagen	
Reisekrankenversicherung	198 €
Reisehaftpflichtversicherung*	20 €
Reiseunfallversicherung*	13 €
Abschiebekosten*	3 €
* beinhaltet die zurzeit gültige Versicherungssteuer	
Gesamtbeitrag für 180 Tage in 360 Tagen	234 €

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

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

Kostenlose Servicrufnr: 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-multipass.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 a selected, renowned insurance company.

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

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

Contract basis

PROVISIT-MULTIPASS 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 § 1 par. 5 of the General Insurance Conditions, persons who do not do physical work can be insured within 180 days up to 90 days or within 360 days up to 180 days for any number of stays.

The sum insured for private liability insurance is € 1 million for bodily injuries and property damages. Deportation costs for deportations ordered by the authorities are insured up to €2,500 with a deductible of 10%, max. €250. 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 recue 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 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, www.pkv-ombudsmann.de
- Please direct all other complaints to the insurance ombudsman: Versicherungsombudsmann e. V., Postfach 080632, 10006 Berlin, www.versicherungsombudsmann.de

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.

Portions of insurance fee:

Insurance fee for 90 in 180 days	
Health Insurance fee	€99
Liability Insurance fee*	€10
Accident Insurance fee*	€5
Deportation Costs*	€3
*Includes present insurance tax rate	
Total fee for 90 in 180 days	€117
Insurance fee for 180 in 360 days	
Health Insurance fee	€198
Liability Insurance fee*	€20
Accident Insurance fee*	€13
Deportation Costs*	€3
*Includes present insurance tax rate	
Total fee for 180 in 360 days	€234

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
Eisenerzstr. 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
Eisenerzstr. 34
53819 Neunkirchen-Seelscheid
Germany

Registergericht Siegburg (Registration Court) HRB 4701
Executive Manager: Dipl.-Kfm. Reinhard Bellinghausen

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-multipass.com