

Anmeldung zur Versicherung GOETHE-PLUS und GOETHE-PLUS-RK für Mitarbeiter des Goethe Instituts oder an deutschen Schulen

Application for the Insurance GOETHE-PLUS and GOETHE-PLUS-RK – for employees of the Goethe Institut or of german schools

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 Personen soll versichert werden // The following persons shall be insured

Person 1

| | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> Frau // Ms | <input type="checkbox"/> Herr // Mr | Vorname // First name | Nachname // Family name |
| Geburtsdatum // Date of birth | | Heimatland // Home country | E-Mail |

Person 2

| | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> Frau // Ms | <input type="checkbox"/> Herr // Mr | Vorname // First name | Nachname // Family name |
| Geburtsdatum // Date of birth | | Heimatland // Home country | E-Mail |

Person 3

| | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> Frau // Ms | <input type="checkbox"/> Herr // Mr | Vorname // First name | Nachname // Family name |
| Geburtsdatum // Date of birth | | Heimatland // Home country | E-Mail |

Person 4

| | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> Frau // Ms | <input type="checkbox"/> Herr // Mr | Vorname // First name | Nachname // Family name |
| Geburtsdatum // Date of birth | | Heimatland // Home country | E-Mail |

Reise- und Versicherungsdaten // Travel and insurance data

| | | |
|--|--|---------------------------------------|
| Reise- und Versicherungsbeginn // Start of travel and travel insurance | Reise- und Versicherungsende // End of travel and travel insurance | Aufenthaltsland // Travel destination |
|--|--|---------------------------------------|

Bitte beachten Sie: Die Versicherung kann grundsätzlich nur vor Ausreise und nur für die gesamte Zeit des Auslandsaufenthaltes abgeschlossen werden. Der Abschluss dieser Versicherung ist nur möglich, wenn mit Ihrer Organisation eine Rahmenvereinbarung abgeschlossen wurde.

Please note: Insurance can only be purchased prior to the start of the trip and only for the entire duration of the stay abroad. You can only purchase this insurance policy if your organization has concluded a framework agreement with us.

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

| | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> GO-PLUS | Vollumfängliche Krankenversicherung | Complete health insurance |
| Beitrag für Personen bis 66 Jahre: 8,00 € pro Person und Tag | Beitrag für Personen ab 67 Jahre: 16,00 € pro Person und Tag | Premium for persons up to an age of 66: € 8.00 per person per day Premium for persons from an age of 67 years: € 16.00 per person per day |
| <input type="checkbox"/> GO-PLUS-RK | Restkostenschutz als Ergänzung zur gesetzlichen Krankenversicherung | Residual costs insurance as a supplementation to the statutory health insurance |
| Beitrag für Personen bis 66 Jahre: 2,50 € pro Person und Tag | Beitrag für Personen ab 67 Jahre: 5,00 € pro Person und Tag | Premium for persons up to an age of 66: € 2.50 per person per day Premium for persons from an age of 67 years: € 5.00 per person per day |



Angaben zur Gesundheit // Information on the state of health

| | | | | | |
|----|--|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| a) | Bestehen zur Zeit Beschwerden, Krankheiten oder chronische Leiden? // Do you suffer from any kind of ailment, illness or chronic disease? | Person 1 Nein// Ja// No Yes | Person 2 Nein// Ja// No Yes | Person 3 Nein// Ja// No Yes | Person 4 Nein// Ja// No Yes |
| b) | Benötigen Sie regelmäßig Arzneimittel? // Do you need medication on a regular basis? | Person 1 Nein// Ja// No Yes | Person 2 Nein// Ja// No Yes | Person 3 Nein// Ja// No Yes | Person 4 Nein// Ja// No Yes |
| c) | Sind Behandlungen, Untersuchungen (auch wegen Zahnersatz, -sanierung, Kieferorthopädie) bzw. Operationen notwendig, vorgesehen oder angeraten? // Are medical treatments, examinations (also because of dental prostheses, restorations and orthodontics) or operations required, planned or recommended? | Person 1 Nein// Ja// No Yes | Person 2 Nein// Ja// No Yes | Person 3 Nein// Ja// No Yes | Person 4 Nein// Ja// No Yes |

Bitte machen Sie nähere Erläuterungen zu allen mit „ja“ beantworteten Fragen. Beantworten Sie hierbei insbesondere die folgenden Fragen: Welche Diagnose wurde gestellt? Wann findet (fand) die Behandlung statt? Wer führt(e) die Behandlung durch? (Angabe des Arztes / Heilpraktikers / Krankenhauses etc. mit Adresse) Welche Medikamente werden (wurden) benötigt? Reicht der vorgesehene Raum für die Beantwortung nicht aus, verwenden Sie bitte ein gesondertes Blatt als Anlage zum Antrag.

Please specify the questions answered with „yes“. Please answer especially the following questions: What diagnosis has been given? When did / does the treatment take place? Who carries / carried out the treatment? (Please state name and address of doctor, alternative practitioner, hospital, etc.) Which medicines are / were needed? If you need more space to answer these questions, please attach a separate sheet to the application form.

Ein gesondertes Blatt zur Beantwortung der Fragen liegt bei. // I attached a separate sheet to answer the questions.

| Person | Frage // Question | Art der Krankheit, Beschwerden, Leiden (bitte genaue Diagnose angeben); ggf. benötigte Medikamente // Nature of ailment, illness or disease (please state the exact diagnosis); medicines which may be required | Behandlungszeitraum (von – bis) // Treatment period (from – until) | Behandelnder Arzt, Krankenhaus (Name, Adresse) // Treating doctor, hospital (name, address) | Sind weitere Behandlungen vorgesehen? // Are further medical services required? |
|--------|-------------------|---|--|---|---|
| | | | | | Nein // Ja // No Yes |
| | | | | | Nein // Ja // No Yes |
| | | | | | Nein // Ja // No Yes |
| | | | | | Nein // Ja // No Yes |

Die Anmeldung dient zusammen mit den Gesundheitsangaben als Grundlage für den Versicherungsvertrag und ist Bestandteil desselben. Der Antragsteller und die zu versichernden Personen sind verpflichtet, die in dieser Anmeldung gestellten Fragen nach bestem Wissen und Gewissen sorgfältig und vollständig zu beantworten. Das Versicherungsverhältnis ist nichtig, wenn durch vorsätzliche Verletzung der Anzeigepflicht die Beurteilung des Risikos derart verändert wird, dass wir den Versicherungsschutz bei Kenntnis des verschwiegenen Umstandes nicht zu denselben Bedingungen abgeschlossen hätten. In diesem Fall können Sie verpflichtet werden, empfangene Leistungen zurückzuzahlen.

The application as well as the information on your health status serve as basis of your insurance contract and form an integral part of the same contract. The policyholder and the insured person are obliged to provide true, accurate and complete information to the best of their knowledge and belief. The event of an intentional breach of the notification obligation leads to a nullification of the insurance contract, if it indicates a considerable significance regarding the assessment of risk in such a way that we wouldn't have agreed to conclude the contract under those conditions. In this case you may be obliged to repay the benefits received.

Zahlungsweise // Payment

Monatliche Zahlung durch SEPA Lastschriftmandat von folgendem Konto: // Monthly payment 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 | |

Wichtiger Hinweis und Unterschrift // Important note and signature

Ich beantrage Versicherungsschutz nach Maßgabe der beiliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen. // I wish to purchase insurance coverage according to the enclosed general insurance conditions.

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

Bitte senden Sie diesen Antrag an //
Please send this application form to:

DR-WALTER GmbH
Eisenerzstrasse 34
53819 Neunkirchen-Seelscheid
Germany

T +49 2247 9194-754
F +49 2247 9194-304

privatkunden@dr-walter.com

Ihr Ansprechpartner // Your contact person



Christian Metz
Abteilungsleiter Expats // DIA
T +49 2247 9194-754
christian.metz@dr-walter.com