

# ANTRAG REISEVERSICHERUNG ÜBER REISEPOLICE

## Berater:

MATHIAS JENSCH Versicherungsmakler GmbH & Co. KG, Radeberger Straße 24, 01099 Dresden

Tel.: 0351 / 832880

Fax: 0351 / 8328815

E-Mail: kontakt@mathiasjensch.de

www.mathiasjensch.de

## Abteilung Reiseversicherung:

Tel.: 0351 / 8328830

Fax: 0351 / 8328835

E-Mail: kundenservice@reisepolice.com

www.reisepolice.com

Ich beantrage Versicherungsschutz nach Tarif >> **ARAG RKSE / RKSF (Jahresversicherung)**

nach Maßgabe der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Auslandsreise-Krankenversicherung RKSE / RKSF)

## REISEDATEN:

<b>Wann soll der Versicherungsschutz beginnen?</b>	
Reisebeginn:	
Reiseende:	
<b>Wohin geht die Reise?</b>	
Bitte auswählen	<input type="checkbox"/> Weltweit ohne USA/Kanada <input checked="" type="checkbox"/> Weltweit mit USA/Kanada
<b>Krankenversicherung mit/ohne Selbstbeteiligung:</b>	
Bitte auswählen	<input type="checkbox"/> mit Selbstbeteiligung <input checked="" type="checkbox"/> ohne Selbstbeteiligung
<b>Welche Tarifvariante ist gewünscht?</b>	
Bitte auswählen	<input type="checkbox"/> Einzeltarif (RKSE) <input type="checkbox"/> Familientarif (RKSF)

## ANTRAGSTELLER / VERSICHERUNGSNEHMER:

Anrede:	Vorname:	Nachname:	Geburtsdatum:
Straße, Hausnr.		PLZ:	Ort:
Telefon: (freiwillige Angabe)		Email:	

## VERSICHERTE PERSON(EN):

<b>Person 1</b>	<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Kind		
Vorname:			
Nachname:			
Geburtsdatum:			
Wohnsitz Deutschland:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
<b>Person 2</b>	<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Kind		
Vorname:			
Nachname:			
Geburtsdatum:			
Wohnsitz Deutschland:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
<b>Person 3</b>	<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Kind		
Vorname:			
Nachname:			
Geburtsdatum:			
Wohnsitz Deutschland:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
<b>Person 4</b>	<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Kind		
Vorname:			
Nachname:			
Geburtsdatum:			
Wohnsitz Deutschland:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

**UMFANG DES REISESCHUTZES:**

Tarif für:	Outgoing - Deutsche im Ausland
Versicherbarer Personenkreis:	Versicherungsfähig sind Personen, deren ständiger Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland liegt.
Maximale Reisedauer:	bis 42 Tage pro Reise
Geltungsbereich:	weltweit mit USA + Kanada
Altersgrenzen:	keine Altersbegrenzung (Einzeltarif RK-J) / bis 69 J. (Familientarif RK-JF)
Vertragspartner (Risikoträger):	ARAG Krankenversicherungs-AG, Hollerithstraße 11, 81829 München

**ZAHLUNGSDATEN / EINZUGSERMÄCHTIGUNG:**

IBAN:	DE _____		
BIC (optional):			
Beitragszahler:	<input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer <input type="checkbox"/> abweichender Beitragszahler		
Wenn abweichender Beitragszahler, dann bitte vervollständigen:			
Anrede:	Vorname:	Nachname:	Land:
Straße, Hausnr.		PLZ:	Ort:
<b>Zahlweise:</b>			
Bitte auswählen	<input checked="" type="checkbox"/> jährlich		
Bitte bestätigen!	<input type="checkbox"/> SEPA-Lastschriftmandat (Ermächtigung zum Beitragseinzug) <b>Hinweis zur erfassten Bankverbindung</b> Ich ermächtige (Wir ermächtigen) die ARAG Krankenversicherungs-AG, Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von der ARAG Krankenversicherungs-AG auf mein (unser) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.  <b>Hinweis:</b> Ich kann (Wir können) innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Um mir (uns) eine Disposition meines (unseres) Bankkontos zu ermöglichen, informiere mich (uns) die ARAG spätestens 5 Kalendertage vor dem Abbuchungszeitpunkt („Pre-Notification“)		
Bitte bestätigen!	<input type="checkbox"/> Ich sichere zu, das mir alle zugrundeliegenden Produktinformationen, die Prämienübersicht und Versicherungsbedingungen zum gewünschten Versicherungsschutz vorliegen und ich diese gelesen habe und akzeptiere.		
Bitte bestätigen: <u>(Zutreffendes auswählen!)</u>	<input type="checkbox"/> Ich wurde durch den Vermittler ausführlich zum Versicherungsschutz beraten. <input type="checkbox"/> Ich bestätige, dass mir die Möglichkeit einer Beratung durch den Vermittler zur Verfügung stand, jedoch auf eine Beratung verzichte.		
Bitte bestätigen!	<input type="checkbox"/> Ich wünsche hiermit die verbindliche Buchung des Versicherungsschutzes durch ReisePolice – MATHIAS JENSCH Versicherungsmakler GmbH & Co. KG, Dresden		

**UNTERSCHRIFT VERSICHERUNGSNEHMER:**

X .....

Ort, Datum - Unterschrift Versicherungsnehmer

**BITTE SENDEN SIE IHREN ANTRAG AN:**

**E-Mail:**  
kundenservice@reisepolice.com

**Fax:**  
+49 351 832 88 35