
 Domanda di Assicurazione Sanitaria per Soci VDWS
 Antrag zur Krankenversicherung für VDWS Mitglieder

Si prega di inviare la domanda a:

Fax 0049-(0)751-56036-320 **e-mail:** ibrenner@suedwestring.de

Posta SüdwestRing, P.O.Box 1141, D-88240 Weingarten

Persona assicurata:

Nome _____ Cognome _____ Data di nascita _____ Sesso _____

Via o piazza _____ CAP/ Città (anche di altra persona durante la vostra assenza) _____ Nazionalità _____

Residenza temporanea (paese, città, nome della scuola), se nota _____

Operatore turistico,/Nome della scuola/Datore di lavoro/Mandante _____

Indirizzo e-mail _____

Numero fax _____

Copertura assicurativa richiesta (segnare con una croce):

() Expat Global **escluso** Stati Uniti d'America/Canada (pagamento mensile)

() Expat Global **incluso** Stati Uniti d'America/Canada (pagamento mensile)

() Expat Global **escluso** Stati Uniti d'America/Canada, come familiare (pagamento mensile)

() Expat Global **incluso** Stati Uniti d'America/Canada, come familiare (pagamento mensile)

Il pagamento può avvenire solo tramite addebito su Conto Corrente Bancario in Germania o su Carta di Credito (6% supplemento); questo è requisito indispensabile affinché la domanda venga accettata ed il contratto stipulato !

Numero C/C Tedesco: _____ CAB: _____ Banca: _____


VISA Nr. carta di credito _____ Data di scadenza della carta _____

Diners Club Nr. carta di credito _____ Data di scadenza della carta _____

EC/MC Nr. carta di credito _____ Data di scadenza della carta _____

Correntista intestatario (nome e cognome), in caso non si tratti dell'assicurato _____


Firma del correntista intestatario, in caso non si tratti dell'assicurato _____

 Richiedo l'Assicurazione Sanitaria per l'estero, come descritta qui in seguito ed ai sensi delle Condizioni Assicurative Generali (in lingua Tedesca od Inglese), ed autorizzo l'Assicuratore, ossia la "SüdwestRing Versicherungsmakler GmbH" od il relativo "Datore di lavoro", ad addebitare periodicamente ad ogni scadenza, sul mio Conto Corrente, la quota relativa al pagamento e fino ad eventuale revoca da parte mia. Nel caso il mio conto risultasse anche parzialmente scoperto, la banca direttamente interessata non è tenuta al pagamento. In caso di ri-addebito, eventuali spese bancarie saranno a mio carico.

In caso non provvedessi al pagamento del premio nonché delle eventuali spese aggiuntive, verrò liquidato da parte dell'Assicuratore. In questo caso non avrò alcuna copertura assicurativa.

Con questa mia delego la "SüdwestRing Versicherungsmakler GmbH" ad operare come mediatore e la autorizzo a stipulare la seguente assicurazione. Tale procura la autorizza a stipulare, variare, disdire o modificare il tipo di copertura dei suddetti contratti, esenti da limitazioni, secondo il paragrafo 181 del Codice Civile Tedesco (BGB). I premi da voi dovuti alla compagnia assicuratrice, le vengono direttamente accreditati dalla "SüdwestRing Versicherungsmakler GmbH" senza ulteriori spese. Questo incarico d'intermediazione ha validità di un anno e si rinnova automaticamente e tacitamente di anno in anno, salvo in caso di revoca scritta 3 mesi prima della scadenza. Esso si estingue automaticamente allo scadere del contratto assicurativo.

Obbligo di segretezza: La persona assicurata od il suo rappresentante legale autorizza l'Assicuratore ad ottenere in qualsiasi momento da terzi ogni informazione reputata necessaria e lo esonera dall'obbligo di segretezza.

 Ich beantrage die nachfolgend beschriebene private Auslandskrankenversicherung nach Maßgabe der Allg. Versicherungsbedingungen und ermächtige den jeweiligen Versicherer oder die SüdwestRing Versicherungsmakler GmbH oder den entsprechenden „Arbeitgeber“ bis auf Widerruf, die von mir zu entrichtende Zahlung bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem Konto einzuziehen. Wenn mein genanntes Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Bei Rücklastschrift gehen die Bankspesen und Kosten zu meinen Lasten.

Im Falle einer von mir zu vertretenden Nichteinlösung der jeweils fälligen Prämie und Nebenkosten, werde ich beim Versicherer abgemeldet. Damit besteht kein Versicherungsschutz.

Hiermit erteile ich der SüdwestRing Versicherungsmakler GmbH Maklerauftrag und bevollmächtige sie zum Abschluß der nachstehenden Versicherungen. Die Vollmacht gilt neben dem Abschluß auch für Änderungen, Kündigungen und Umdeckungen dieser Versicherungsverträge unter Befreiung von der Beschränkung des Paragraphen 181 BGB. Die an sie bezahlten Prämien leitet die SüdwestRing Versicherungsmakler GmbH an den Versicherer weiter, wobei mir neben der Prämienzahlung keine weiteren Kosten entstehen. Dieser Maklerauftrag gilt für ein Jahr und verlängert sich stillschweigend jeweils um ein weiteres Jahr, wenn er nicht 3 Monate vor Ablauf schriftlich gekündigt wird. Er erlischt automatisch mit Beendigung der Versicherung.

Schweigepflichtentbindung: Die versicherte Person bzw. deren gesetzliche Vertreter bevollmächtigen den Versicherer, jederzeit alle für erforderlich erachteten Auskünfte bei Dritten einzuholen und entbinden diese von ihrer Schweigepflicht

Inizio periodo assicurativo: 01. ____ . 20____

Data e firma del richiedente

Informazioni riguardanti l'assicurazione sanitaria per i soci VDWS















Estratto delle prestazioni assicurative sanitarie per l'estero, in conformità alle condizioni generali assicurative:

- 100% per cure mediche ambulatoriali
- 100% per medicinali e farmaci
- 100% per cure dentistiche senza massimale (prestazioni semplici, senza Inlay nè Onlay)
- 80% per protesi fino ad un valore totale di 2.000 € in 2 anni (entro 3 anni 3.000 €, a partire dal 4° Anno 4.000 €); Tempo d'attesa 8 mesi!
- 100% per cure mediche ospedaliere con ricovero del paziente privato in camera doppia.
- Spese di trasporto all'ospedale più vicino
- Spese di trasporto dall'estero (fino a 5.000 € all'interno di un solo continente e fino a 10.000 € per più continenti)
- Hotline, 24 ore su 24 e 7 giorni alla settimana, per domande riguardanti la salute ed il supporto medico in caso di ricovero ospedaliero, con dichiarazione di accollo delle spese.
- Nel paese d'origine la copertura assicurativa sussiste solo per permanenze temporanee durante il periodo di soggiorno all'estero, limitatamente alla copertura data dal premio relativa al paese d'origine .
- La durata dell'assicurazione è illimitata nel tempo, solo però fino al compimento del 65° anno di età.
- I soggiorni di vacanza o professionali negli Stati Uniti d'America ed in Canada, senza presa di domicilio in tali paesi, sono coperti fino ad una permanenza massima di 42 giorni.
- **La visita medica non è necessaria**
- **Tempi d'attesa: protesi dentali e parto, 8 mesi dall'inizio dell'assicurazione. La copertura decade in caso di malattie pre-esistenti ossia in caso di cure relative a tali malattie.**







Information zur Krankenversicherung für VDWS-Mitglieder



Auszug aus dem Leistungsumfang der Auslandskrankenversicherung gemäß den Allgemeinen Versicherungsbedingungen:

- 100% ambulante Heilbehandlung
- 100% Arznei- und Verbandsmittel
- 100% Zahnbehandlung ohne Höchstgrenzen (einfache Ausfertigung, nicht Inlays, Onlays)
- Zahnersatz zu 80 % bis insgesamt € 2.000 innerhalb 2 Jahren (innerhalb 3 Jahre € 3.000, ab dem 4. Jahr höchstens € 4.000) – Wartezeit 8 Monate!
- 100% stationäre Heilbehandlung als Privatpatient im Zweibettzimmer
- Transportkosten zur stationären Behandlung in das nächstgelegene Krankenhaus
- Krankenrücktransport aus dem Ausland (innerhalb eines Kontinentes bis € 5.000 und kontinentübergreifend bis € 10.000)
- Hotline für Gesundheitsfragen, medizinische Unterstützung bei Einlieferung ins Krankenhaus durch Vorbereitung der Kostenübernahmeerklärung, 24 Stunden Erreichbarkeit an 7 Tagen der Woche
- Im jeweiligen Heimatland besteht Versicherungsschutz für vorübergehende Heimataufenthalte, während der Dauer der Langzeitreise, sofern das Heimatland durch Auswahl des entsprechenden Prämienbereiches eingeschlossen ist.
- Keine Laufzeitbegrenzung, maximal allerdings bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres
- Urlaubs- oder berufsbedingte Aufenthalte in USA/Kanada von jeweils bis zu 42 Tage Dauer ohne Wohnsitzannahme sind mitversichert.
- **Keine Gesundheitsprüfung**
- **Wartezeiten: Zahnersatz und Entbindung 8 Monate ab Beginn der Versicherung; keine Leistung bei bestehenden Krankheiten bzw. Behandlungsbedarf einschließlich deren Folgen.**

<p>Monatsbeitrag inkl. 5% Ratenzuschlag   <i>Quota mensile incl. 5% per supplemento pagamento rateizzato.</i></p>	<p>Expat Global ohne USA/Kanada *   <i>Expat Global esclusi Stati Uniti d'America / Canada</i></p>	<p>Expat Global mit USA/Kanada *   <i>ExpatGlobal con Stati Uniti d'America / Canada inclusi</i></p>
<p>VDWS-Mitglied   <i>Soci VDWS</i></p>	€ 128,10	€ 362,25
<p>Familienangehörige (z.B. Kinder, Ehefrau oder Ehemann)   <i>Familiari (per es. bambini, coniugi)</i></p>	€ 178,50	€ 530,25
<p>Selbstbeteiligung pro Versicherungsjahr   <i>franchigia per ogni anno assicurativo</i></p>	€ 0,00	€ 500,00
<p>Zuschlag für Zahlung mit Kreditkarten (Visa, EC/MC, Diners Club) beträgt 6%   <i>6% supplemento per pagamento con Carta di Credito (Visa, EC/MC, Diners Club)</i></p>		

* Urlaubs- oder berufsbedingte Aufenthalte in USA/Kanada von jeweils bis zu 42 Tage Dauer ohne Wohnsitzannahme sind mitversichert.
 * I soggiorni di vacanza o professionali negli Stati Uniti d'America ed in Canada, senza presa di domicilio in tali paesi, sono coperti fino ad una permanenza massima di 42 giorni.


<p>  Iscrizione e disdetta: La copertura sussiste a partire dalla data d'inizio del contratto, al più presto con la data di partenza. L'assicurazione decade con il termine del periodo lavorativo seguito dal ritorno definitivo in Patria. Avete la possibilità di disdire l'assicurazione alla fine del mese (con 4 settimane di preavviso). Prendete contatto con la SüdwestRing per un eventuale prolungamento del periodo assicurativo</p>	<p> An- und Abmeldung: Der Versicherungsschutz besteht ab dem beantragten Beginn, frühestens ab Abreisedatum. Endet die Beschäftigung und erfolgt eine endgültige Rückkehr nach Deutschland erlischt die Versicherung. Sie können sich jederzeit zum Monatsende abmelden (Abmeldefrist 4 Wochen). Setzen Sie sich bitte bezüglich einer Weiterversicherung mit der Firma SüdwestRing in Verbindung.</p>
<p>  Svolgimento dei servizi: Le spese devono essere saldate direttamente dall'assicurato. Le ricevute originali devono essere inviate alla BDAE, indicando la persona assicurata ed il Conto Corrente nazionale sul quale deve avvenire l'accredito. In caso di emergenza, come per es. per complesse cure mediche ospedaliere od in caso di necessità di trasporto medico, vi preghiamo di mettervi in contatto con la BDAE. per concordare con la Società il rimborso dei relativi costi..</p>	<p> Leistungsabwicklung: Rechnungen müssen vom Versicherten vorab beglichen werden. Die Originalbelege werden dann mit Nennung der versicherten Person und dem Konto (Inland), auf das die Erstattung erfolgen soll, an den BDAE. weitergeleitet. Im Notfall, z.B. bei umfangreichen Krankenhausbehandlungen oder bei einem medizinisch notwendigen Rücktransport sollten Sie Kontakt mit dem BDAE. aufnehmen, um die Übernahme der Kosten mit der Gesellschaft zu klären</p>


  **Nota:** Il testo italiano è una traduzione dal tedesco. In casi dubbi solo il testo Tedesco ha validità giuridica.

  **Il vostro partner in caso di domande relative al contratto:**

 **Ihr Ansprech-partner bei Rückfragen zum Vertrag:**

SüdwestRing
 Versicherungsmakler GmbH
 Abt-Hyller-Strasse 4
 D-88250 Weingarten / Germany
 Tel.: 0049- 751-56036-20
 Fax: 0049- 751-56036-320
 E-Mail: ibrenner@suedwestring.de


 **Anmerkung:** Der italienische Text ist eine unverbindliche Übersetzung des deutschen Originals. Im Falle einer Unklarheit ist nur der deutsche/englische Text verbindlich.

  **Per domande relative al rimborso ed al trasporto, rivolgersi a:**

 **Rückfragen zur Leistungserstattung und Rücktransport:**

BDAE Holding GmbH
 Tel: 0049 - (0)40-306874-61 Herr Bullerjahn
 Fax:0049 - (0)40-306874-90
 E-Mail: mbullerjahn@bdae.de
24 H Notfallbereitschaft +49-40-306874-74

  **Inoltre le ricevute delle spese a:**

 **Einreichung Kostenbelege an**
 BDAE. Holding GmbH, Kühnehöfe 3,
 D-22761 Hamburg / Germany