

Anmeldung zur langfristigen Auslands-Gruppenversicherung

Barcode

Gruppenvertrag Nr.: 505/957

Bitte für jeden Hauptversicherten und die über ihn mitversicherten Personen ein eigenes Formular verwenden.

FD 450	Versicherungs-Nr.	Anmeldedatum
-----------	-------------------	--------------

Versicherungsnehmer/Arbeitgeber
VDWS e.V.

Straße und Hausnummer
Dr. Karli-Slevogt-Str. 5

LKZ D	PLZ 82362	Wohnort Weilheim
----------	--------------	---------------------

Eingangsstempel

Die Zahlung der Beiträge erfolgt

- durch Abbuchung vom Konto des Versicherungsnehmers
- durch Abbuchung vom Konto des Hauptversicherten
- gemäß besonderer Vereinbarung

Zahlungsweise

- monatlich
- jährlich (3% Skonto)

Abbuchungserlaubnis: Bei Zustandekommen eines Vertrages ermächtige ich die Central, bis auf Widerruf die Beiträge von folgendem Konto abzurufen:

Konto-Nummer	Bankleitzahl	Name und Ort des Geldinstitutes/Zweigstelle in Deutschland
--------------	--------------	--

Kontoinhaber	Unterschrift des Kontoinhabers
--------------	--------------------------------

Der Erstbeitrag gilt bis zum Eingang der Lastschrift beim Geldinstitut als gestundet.

Versicherungsleistungen sollen auf folgendes Konto überwiesen werden:

Konto-Nummer	Bankleitzahl	Name und Ort des Geldinstitutes/Zweigstelle in Deutschland
--------------	--------------	--

Kontoinhaber	Unterschrift des Kontoinhabers
--------------	--------------------------------

Name, Vorname des Hauptversicherten	Geburtsdatum	m/w
-------------------------------------	--------------	-----

Straße und Hausnummer	Berufliche Tätigkeit Trainer im Wassersportbereich
-----------------------	---

LKZ	PLZ	Wohnort	Nationalität
-----	-----	---------	--------------

Telefon privat	Telefon geschäftlich	e-mail	Fax geschäftlich
----------------	----------------------	--------	------------------

Der Hauptversicherte bestätigt Mitglied im VDWS zu sein. Mitgl.-Nummer:

Zur Versicherung wird/werden angemeldet:

Pers. Nr.	Vorname, ggfs. abweichender Nachname	Geburtsdatum	Geschlecht (m/w)	Aufenthaltsland	Ausreiseland	Datum des Reiseantritts/des Versicherungsbeginns	Datum der voraussichtlichen Rückkehr
1	Hauptversicherter				D		offen
2							
3							
4							
5							

Auswertungssperre	Sonderbetreuung	Stellennummer 058433	Direktbetreuung	Partnerinformation
-------------------	-----------------	-------------------------	-----------------	--------------------

Original: HV, 1. Kopie: Vermittler, 2. Kopie: Anmeldender (Versicherungsnehmer), 3. Kopie: Hauptversicherter



VE 047 01.08 4363

Folgender Versicherungsschutz wird gewünscht:

Monatsbeitrag

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
<input checked="" type="checkbox"/> EXV Krankheitskosten-Vollversicherung für langfristige Auslandsaufenthalte					
INV Krankheitskosten-Vollversicherung für langfristige Aufenthalte in Deutschland					
INV-ECO Krankheitskosten-Vollversicherung für langfristige Aufenthalte in Deutschland					

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
EXZ Krankheitskosten-Zusatzversicherung für langfristige Auslandsaufenthalte					

In diesem Fall geben Sie bitte den Namen und die Anschrift der vorleistenden gesetzlichen Krankenkasse an:

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
<input checked="" type="checkbox"/> PVN Pflegepflichtversicherung					

Es besteht Versicherungspflicht in der gesetzlichen Unfall- und/oder Rentenversicherung. ja nein
 Deshalb erfolgt die Anmeldung zur Pflegepflichtversicherung. ja nein

Auslands-Krankentagegeldversicherung (kann nur vom Hauptversicherten abgeschlossen werden!)


<input checked="" type="checkbox"/> EXKT für langfristige Auslandsaufenthalte	Karenzzeit	<input type="checkbox"/> 42 Tage (EXKT 42)	Tagessatz:		Monatsbeitrag:	
		<input type="checkbox"/> 91 Tage (EXKT 91)	Tagessatz:		Monatsbeitrag:	
INKT für langfristige Aufenthalte in Deutschland	Karenzzeit	<input type="checkbox"/> 42 Tage (INKT 42)	Tagessatz:		Monatsbeitrag:	
		<input type="checkbox"/> 91 Tage (INKT 91)	Tagessatz:		Monatsbeitrag:	

Es wird bestätigt, dass das regelmäßige monatliche Nettoeinkommen des Hauptversicherten mindestens dem 30-fachen des versicherten Tagessatzes entspricht.

Bevor Sie diese Anmeldung unterschreiben, lesen Sie bitte auf der Rückseite die „Schlusserklärung des Anmeldenden und des Hauptversicherten“, die unverändert zum Inhalt der Anmeldung werden muss. Mit Ihrer Unterschrift wird die Schlusserklärung gleichzeitig wichtiger Bestandteil des Versicherungsverhältnisses. Eine Durchschrift der Anmeldung wird Ihnen nach Unterzeichnung sofort ausgehändigt.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Anmeldenden (Versicherungsnehmers)



Versicherungsmakler GmbH
 Postfach 1141 - Abt-Hyller-Str. 4
 88240 Weingarten
 Telefon 0751 - 560 36 0
 Telefax 0751 - 560 36 25

Ort, Datum

Unterschrift des Hauptversicherten

<input type="checkbox"/> DVAG	Name des Vermögensberaters/Abschlussvermittlers	Direktion	VB-Nr.	PZ	Name des Vertrauensmannes	VM-Nr.	PZ
<input type="checkbox"/> Allfinanz	Name des Vermögensberaters/Abschlussvermittlers	Direktion	VB-Nr.	PZ	Name des Vertrauensmannes	VM-Nr.	PZ
<input type="checkbox"/> FVD	GKZ	GS	Abschlussvermittler	Betreuer	Partner-Information	PROGKZ	
			0158433				
	GKZ	GS	Abschlussvermittler	Betreuer	Partner-Information	PROGKZ	

Schlusserklärung des Anmeldenden und des Hauptversicherten

I. Erklärungen zur Anmeldung

1. Grundlage des Versicherungsverhältnisses

Grundlage des Versicherungsverhältnisses sind diese Anmeldung, die „Erklärungen der zu versichernden Personen“, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Auslands-Krankheitskosten-Gruppenversicherung (AVB-AKK-GR 2008), gegebenenfalls die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Auslands-Krankentagegeld-Gruppenversicherung (AVB-AKT-GR 2008) und gegebenenfalls die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung, die gewählten Tarife sowie die gegebenenfalls auszustellende Versicherungsbestätigung. Nebenabreden sind nur gültig, wenn sie von der Central schriftlich bestätigt werden.

2. Versicherungsdauer, Beginn und Ende des Versicherungsschutzes

Das Versicherungsverhältnis ist unbefristet. Der Versicherungsschutz beginnt gemäß § 2 AVB-AKK-GR 2008 bzw. AVB-AKT-GR 2008. Das Versicherungsverhältnis und der Versicherungsschutz für die einzelne versicherte Person enden mit Beendigung des Auslandsaufenthaltes, Ausscheiden aus dem versicherbaren Personenkreis, Tod, Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages, Abmeldung aus dem Gruppenversicherungsvertrag zum Zwecke der Weiterversicherung, Überschreitung der Frist von vier Monaten bei einem vorübergehenden Inlandsaufenthalt und – zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten – mit Abmeldung aus dem Gruppenversicherungsvertrag.

3. Erklärung zur Tagegeldversicherung

Ab dem Zeitpunkt der Anmeldung darf der Neuabschluss einer Krankentagegeldversicherung oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Krankentagegeld nur mit Einwilligung der Central vorgenommen werden. Wird diese Obliegenheit verletzt, hat die Central ein Kündigungs- und Leistungsverweigerungsrecht.

4. Erklärung zu anderweitigen Versicherungen

Wir verpflichten uns, ab dem Zeitpunkt der Anmeldung die Central über den Abschluss einer Krankheitskostenversicherung bei einem weiteren Versicherer oder von der Inanspruchnahme der Versicherungsberechtigung in der gesetzlichen Krankenversicherung unverzüglich zu unterrichten.

II. Erklärung zum Datenschutz

Wir willigen ein, dass die Central im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Anmeldeunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsveränderungen) ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und/oder an den Verband der privaten Krankenversicherung e.V. zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Diese Einwilligung gilt auch für entsprechende Prüfungen bei anderweitigen und künftigen Vertragsanbahnungen.

Wir willigen ferner ein, dass die Unternehmen der AMB Generali Gruppe, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung der Versicherungsangelegenheiten dient, allgemeine Vertrags-, Abrechnungs- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an ihre Vermittler weitergeben. Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an Vermittler dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist.

Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar willigen wir weiter ein, dass die Vermittler die allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen dürfen.

Diese Einwilligung gilt nur im Zusammenhang mit dem Merkblatt zur Datenverarbeitung, das dem Anmeldenden als Versicherungsnehmer des Gruppenversicherungsvertrages, innerhalb dessen diese Anmeldung erfolgt, bei Abschluss des Vertrages überlassen wurde und das dem Hauptversicherten zur Verfügung gestellt wird.

Wichtige Hinweise zur Anzeigepflicht

Damit wir die Anmeldung ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass die den zu versichernden Personen mit dem zusätzlichen Formular VE 049 gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet werden. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen nur geringe Bedeutung beigemessen wird.

Bitte beachten Sie, dass der Versicherungsschutz gefährdet ist, wenn unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht werden. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der Information im VE 049 entnehmen.