

Anmeldung zur PRO VISIT-Versicherung //

Application for the insurance PRO VISIT

Generali Versicherung AG
Central Krankenversicherung AG
vermittelt durch // provided by Dr. Walter GmbH

Feld für besondere Vermerke // Space for special notices	Ausgebende Organisation // Issuing organisation // [00001]	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

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 69 Jahre) // Date of birth (Age limit 69 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

innerhalb von einem Monat nach Einreise (1.-12. Monat) // conclusion within one month after entry (1.-12. month)	<input type="checkbox"/> 38,50 €	Personen bis 29 Jahre // People up to 29 years monatlicher Beitrag // monthly fee	<input type="checkbox"/> 64,00 €	Personen bis 69 Jahre // People up to 69 years monatlicher Beitrag // monthly fee
innerhalb von einem Jahr nach Einreise (1.-12. Monat) // conclusion within one year after entry (1.-12. month)	<input type="checkbox"/> 54,00 €	Personen bis 29 Jahre // People up to 29 years monatlicher Beitrag // monthly fee	<input type="checkbox"/> 85,00 €	Personen bis 69 Jahre // People up to 69 years monatlicher Beitrag // monthly fee
ab dem 13. Monat // Premiums from the 13. month	58,50 €	Personen bis 29 Jahre // People up to 29 years monatlicher Beitrag // monthly fee	111,00 €	Personen bis 69 Jahre // People up to 69 years monatlicher Beitrag // monthly fee

Zahlungsweise // Payment

<input type="checkbox"/> Lastschrift monatliche Zahlung (Lastschrifteinzug ist nur von einem deutschen Konto möglich). Monatliche Zahlung durch Einzugsermächtigung von folgendem Konto // Monthly payment by direct debiting. (Direct debiting is only possible with a German bank account). Monthly payment by direct debiting to the following account		
<input type="checkbox"/> Lastschrift Einmalzahlung (Lastschrifteinzug ist nur von einem deutschen Konto möglich). Einmalzahlung durch Einzugsermächtigung von folgendem Konto // Single payment in one sum by direct debiting (Direct debiting is only possible with a German bank account). Single payment by direct debiting to the following account		
Kontonummer // Account number	BLZ // Bank code	Name und Sitz des Geldinstituts // Name and domicile of the financial institution
Kontoinhaber (wenn nicht Antragsteller), Name ausgeschrieben und Unterschrift // Account holder (if not the applicant) full name and signature		
<input type="checkbox"/> Überweisung des Gesamtbeitrages auf das Konto der Dr. Walter GmbH, Kontonr. 212 076 500 bei der Postbank Köln, BLZ 370 100 50 (Kopie der Überweisung liegt bei) // Payment of total sum by bank transfer to Dr. Walter GmbH Account number 212 076 500, Postbank Köln, Bank code 370 100 50 (proof of payment attached)		
<input type="checkbox"/> Scheck über den Gesamtbeitrag (liegt bei) // Payment of total sum by enclosed crossed check		

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 Schlussklärungen sowie die weiteren wichtigen Hinweise. Diese Erklärungen sind wichtiger Bestandteil des Vertrages. Mit Ihrer Unterschrift machen Sie die Schlussklärungen 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 ausgewählten, renommierten Versicherungsgesellschaften zusammen.

Den Versicherungsschutz für die Krankenversicherung gewährt die:
Central Krankenversicherung AG, Hansaring 40-50,
50670 Köln. Sitz: Köln, Amtsgericht Köln HRB 93

Den Versicherungsschutz für die Unfall- und Haftpflichtversicherung sowie die Abschiebekostenversicherung gewährt die:
Generali Versicherung AG, Adenauerring 7, 81731 München.
Sitz: München, Registergericht: Amtsgericht München, HRB 7731

Vertragsgrundlagen

Das Produkt PROVISIT setzt sich aus einer Versicherungskombination aus rechtlich unabhängigen Versicherungsverträgen zusammen, die exklusiv über die Dr. Walter GmbH bzw. deren Vertriebspartner angeboten werden.

Der Krankenversicherung liegen die Allgemeinen Versicherungsbedingungen Tarif A124 (2008) Tarifstufe A124 L der Central Krankenversicherung AG Köln zugrunde.

Für die Haftpflicht- und Abschiebekostenversicherung gelten die Allgemeinen Haftpflichtbedingungen (AHB 2008) sowie die besonderen Haftpflichtbedingungen A124 (2008) der Generali Versicherung AG.

Für die Unfallversicherung gelten die Allgemeinen Unfallbedingungen (AUB 2008) sowie die besonderen Unfallbedingungen A124 (2008) der Generali Versicherung 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 für die Private Kranken- und Pflegeversicherung, Postfach 060222, 10052 Berlin
- bei Beschwerden, die nicht die Krankenversicherung betreffen, an den Versicherungs-Ombudsmann, Postfach 080632, 10006 Berlin

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

Zusammensetzung der Versicherungsprämie:

Der monatliche Beitrag setzt sich wie folgt aus Krankversicherungsbeitrag (Anteil KV) und Haftpflicht-/Unfallversicherungsbeitrag (Anteil HU) zusammen:

Abschluss innerhalb eines Monats	Beitrag	Anteil KV	Anteil HU
Personen bis 29 Jahre	38,50	34,50	4,00
Ab dem 13. Monat	58,50	54,50	4,00
Personen bis 69 Jahre	64,00	60,00	4,00
Ab dem 13. Monat	111,00	107,00	4,00
Abschluss später als ein Monat	Beitrag	Anteil KV	Anteil HU
Personen bis 29 Jahre	54,00	50,00	4,00
Personen bis 69 Jahre	85,00	81,00	4,00

Widerrufsbelehrung

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von zwei Wochen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, wenn Ihnen der Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich unserer Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die Kundeninformation (Information gemäß § 7 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes) und diese Belehrung zugegangen sind.

Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Ihren Widerruf richten Sie an:

Central Krankenversicherung AG, bzw. Generali Versicherung AG
c/o Dr. Walter GmbH
Postadresse: Eisenerzstraße 34, 53819 Neunkirchen-Seelscheid
Fax: +49(0)2247 9194-40
E-Mail: vertrag@dr-walter.com

Kontakt

Bitte wenden Sie sich bei allen Fragen zur Vertrags- und Leistungsabwicklung an unser Büro:

Dr. Walter GmbH
Versicherungsmakler
Eisenerzstraße 34
53819 Neunkirchen-Seelscheid

Registergericht Siegburg HRB 4701
Geschäftsführer: Dr. Siegfried Walter, Dipl.-Kfm. Reinhard Bellinghausen

Postbank Köln, BLZ 370 100 50, Kto. 212 076 500
IBAN: DE 03 3701 0050 0212 0765 00
BIC: PBNKDEFF

Kostenlose Servicrufnummer: 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.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 selected, renowned insurance companies.

Insurance coverage for health insurance is provided by:
Central Krankenversicherung AG, Hansaring 40-50, 50670 Cologne.
Registered office: Cologne, Amtsgericht Köln HRB 93

Insurance coverage for accident insurance, liability insurance and deportation costs insurance is provided by:
Generali Versicherung AG, Adenauerring 7, 81731 Munich.
Registered office: Munich; Amtsgericht München HRB 7731 (Registration Court)

Contract basis

PROVISIT is a combination of legally independent insurance contracts exclusively sold by Dr. Walter GmbH and its partners.

The health insurance policy is based on the General Insurance Conditions Tarif A124 (2008) Tarifstufe A124 L of Central Krankenversicherung AG Köln.

The liability insurance policy and the deportation costs insurance policy are based on the General Liability Insurance Conditions (AHB 2008) and the Special Liability Insurance Conditions A124 (2008) of Generali Versicherung AG.

The accident insurance policy is based on the General Accident Insurance Conditions (AUB 2008) and the Special Accident Insurance Conditions A124 (2008) of Generali Versicherung AG.

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
- Please direct all other complaints to the insurance ombudsman: Versicherungs-Ombudsmann e. V., Postfach 080632, 10006 Berlin

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.

In case of appeal, please also refer to the responsible supervisory authority:
Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (Federal Financial Supervisory Authority), Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn.

Portions of insurance fee:

The total monthly fee is divided into a health insurance fee (HI portion) and a liability and accident insurance fee (L&A portion) according to the following overview:

Purchase within one month	Fee	HI portion	L&A portion
People up to 29 years	38.50	34.50	4.00
As of month 13	58.50	54.50	4.00
People up to 69 years	64.00	60.00	4.00
As of month 13	111.00	107.00	4.00
Purchase after one month	Fee	HI portion	L&A portion
People up to 29 years	54.00	50.00	4.00
People up to 69 years	85.00	81.00	4.00

Right of revocation

You may revoke your application without indicating reasons by regular mail, fax, e-mail, within 14 days of concluding the contract.

To adhere to this time limit, it is sufficient to send your declaration in good time. Please send you declaration to:

Central Krankenversicherung AG, bzw. Generali Versicherung AG
c/o Dr. Walter GmbH
Postadresse: Eisenerzstraße 34, 53819 Neunkirchen-Seelscheid
Fax: +49(0)2247 9194-40
E-Mail: vertrag@dr-walter.com

Contact

For any questions regarding contract and claims handling, please contact our office:

Dr. Walter GmbH
Eisenerzstraße 34
53819 Neunkirchen-Seelscheid
Germany

Registergericht Siegburg (Registration Court) HRB 4701
Executive Managers: Dr. Siegfried Walter, Dipl.-Kfm. Reinhard Bellinghausen

Bank account at Postbank Köln:
account number 212 076 500 (bank code 370 100 50)
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@educare24.de www.provisit.de