

Vermittler: vit24
Mathias Grimm
Ehlbeek 4
30938 Burgwedel
Vermittler-Nr.: T 0004



per Fax an: 05139-95 81 21

per Post an:

vit24
Ehlbeek 4
30938 Burgwedel

Auslandskrankenversicherung ohne Selbstbehalt (gültig für die private Urlaubsreise und Geschäftsreise)

Buchende Person

Anrede _____
Name _____
Vorname _____
Straße _____
PLZ _____ Ort _____
Geb. Datum _____
Telefon _____
Fax _____
E-Mail _____

Policensand erfolgt via Email

Bankverbindung

Bank _____
Ort _____
BLZ _____
Konto-Nr. _____
Kontoinhaber _____

Reisedaten

Anreise _____
Abreise _____
(Reisedauer max. 42 Tage)
Buchung bzw. Erhalt der
Buchungsbestätigung _____

Teilnehmende Personen

	Vorname	Nachname	Geb.Datum
1. Person	_____	_____	_____
2. Person	_____	_____	_____
3. Person	_____	_____	_____
4. Person	_____	_____	_____
5. Person	_____	_____	_____
6. Person	_____	_____	_____
7. Person	_____	_____	_____
8. Person	_____	_____	_____

Prämien

- EA Vita Single Health (12 €) EA Vita Single Senioren Health (28 €)
 EA Vita Family Health (23 €)

Versicherer: Europ Assistance Versicherungs-AG

Die gegenseitigen Rechte und Pflichten regeln sich nach den jeweils gültigen Versicherungsbedingungen:

- Auslandsreisekrankenversicherung

Gültig für 1 Jahr ab Versicherungsbeginn. Der Versicherungsschutz umfasst alle privaten Reisen bis zu einer maximalen Dauer von 42 Tagen, geschäftliche Reisen bis zu einer Dauer von 10 Tagen, sofern die Versicherung bei Buchung, spätestens 14 Tage nach Erhalt der Reisebestätigung erfolgt ist. Bei kurzfristigen Last Minute Reisen muss die Versicherung direkt bei der Reisebuchung abgeschlossen werden. Bei späterem Abschluss sind Reisen innerhalb der nächsten 14 Tage nicht versichert.

Versicherbar sind alle Personen von Geburt an, bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres, bei den Seniorenkarten ab dem 66. Lebensjahr bis zur Vollendung des 73. Lebensjahres. Nicht versicherbar sind dauerhaft pflegebedürftige Personen sowie Geisteskranke. Pflegebedürftig ist, wer für die Verrichtung des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedarf.

Kenntnisnahme und Einverständniserklärung in AGB, Versicherungsbedingungen, Datenschutzerklärung, Widerrufsrecht

Sonstiges: _____

Datum _____ Unterschrift Vermittler / Antragsteller: _____

Online-Antrag per Post / Fax