

Anmeldung zur PRO VISIT-VISUM Versicherung //

Application for the insurance PRO VISIT-VISUM

Würzburger Versicherung AG
vermittelt durch // provided by Dr. Walter GmbH

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

<input type="checkbox"/> Reisekrankenversicherung // Health Insurance	1,00 €	pro Reisetag // per travel day
<input type="checkbox"/> Kombination aus Reisekranken-, Privathaftpflicht- und Unfallversicherung // Combination of health insurance-, liability and accident insurance	1,20 €	pro Reisetag // per travel day Mindestbeitrag 10 €, Höchstdauer 180 Tage, Höchstalter 69 // Minimum fee 10 €, Maximum duration 180 days, People up to 69

Zahlungsweise // Payment

<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 Schlussfolgerungen sowie die weiteren wichtigen Hinweise. Diese Erklärungen sind wichtiger Bestandteil des Vertrages. Mit Ihrer Unterschrift machen Sie die Schlussfolgerungen 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 Reisekranken-, Privathaftpflicht- und Unfallversicherung gewährt die Würzburger Versicherung-AG, Bahnhofstr. 11, 97070 Würzburg.

Sitz: Würzburg, Amtsgericht Würzburg, HRB 3500

Vertragsgrundlagen

Das Produkt PROVISIT-VISUM ist eine Versicherungskombination aus rechtlich unabhängigen Versicherungsverträgen, die exklusiv über die Dr. Walter GmbH bzw. deren Vertriebspartner angeboten werden.

Der Krankenversicherung liegen die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Auslandsreisekrankenversicherung (AVB-AR-365/2008) der Würzburger Versicherung AG zugrunde. In Abweichung von § 3 Abs. 2 gilt der Versicherungsvertrag für die im Versicherungsschein vereinbarte Dauer, maximal bis zu 180 Tagen. Abweichend von § 1. Abs. 5. der Allgemeinen Versicherungsbedingungen können Personen die nicht körperlich tätig sind, bis 180 Tagen versichert werden.

Für die Privathaftpflichtversicherung – sofern vereinbart – beträgt die Deckungssumme 1 Mio. € pauschal für Personen- und Sachschäden. Es gelten die Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Reisehaftpflichtversicherung (AHB-Reise) in Verbindung mit den Besonderen Bedingungen und Risikobeschreibungen zur Reisehaftpflichtversicherung für Privatpersonen der Würzburger Versicherung AG.

Für die Unfallversicherung – sofern vereinbart – beträgt die Versicherungssumme bei Invalidität 30.000 € ohne Progression, bei Tod 5.000 €. Es gelten die Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2008) in Verbindung mit den Besonderen Bedingungen zur Reiseunfallversicherung (BB-RUV 2008) und den Besonderen Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (225%) der Würzburger 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:

- Ombudsmann für die Private Kranken- und Pflegeversicherung, Postfach 060222, 10052 Berlin, www.pkv-ombudsmann.de
- bei Beschwerden, die nicht die Krankenversicherung bei Beschwerden zum Thema Krankenversicherung an den betreffen, an den Versicherungs-Ombudsmann, Postfach 080632, 10006 Berlin, www.versicherungombudsmann.de

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:

Gesamtbeitrag	1,20 €
Anteil Auslandsreisekrankenversicherung	1,00 €
Anteil Reisehaftpflichtversicherung	0,14 € **)**
Anteil Reiseunfallversicherung	0,06 € **)**

* beinhaltet die zurzeit gültige Versicherungssteuer,

** auf Antrag kann die Haftpflicht-/Unfallversicherung ausgeschlossen werden

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:

Würzburger Versicherung AG
c/o Dr. Walter GmbH
Postadresse: Eisenerzstr. 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 Servicenummer: 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-visum.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- accident- and liability insurance is provided by: Würzburger Versicherung-AG, Bahnhofstr. 11, 97070 Würzburg.

Registered office: Würzburg, Amtsgericht Würzburg, HRB 3500 (Registration Court)

Contract basis

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

This travel health insurance is based on the General Insurance Conditions (AVB-AR-365/2008). Notwithstanding § 3 par. 2 of the General Insurance Conditions, persons can be insured up to 180 days. Notwithstanding § 1 par. 5 of the General Insurance Conditions, persons who do not do physical work can be insured up to 180 days.

The sum insured for private liability insurance is 1 Million € for bodily injuries and property damages. The General Insurance Conditions for Liability Insurance (AHB-Reise) apply together with the Special Conditions for Travel Liability Insurance. (if agreed)

The sum insured for disability caused by an accident is 30,000 € (with no increase in the sum insured in proportion to the degree of disability); in the event of death, the sum is 5,000 €. The General Insurance Conditions for Accident Insurance (AUB 2008) apply together with the Special Conditions for Travel Accident Insurance (BB-RUV 2008) and the Special Conditions for Travel Accident Insurance with progressive proportion (225%). (if agreed)

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:

Total fee per travel day	1.20 €
Portion health insurance fee	1.00 €
Portion liability insurance fee	0.14 € **)**
Portion accident insurance fee	0.06 € **)**

* Includes present insurance tax rate ,

** on request, liability and accident insurance can be excluded.

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 your declaration to:

Würzburger Versicherung AG
c/o Dr. Walter GmbH
Postadresse: Eisenerzstr. 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@dr-walter.com www.provisit-visum.de