

Vermittler

Agenturnummer

Mail- Adresse der Agentur

Produkt

Tarifvariante

Eigenanteil (Selbstbeteiligung)

### Persönliche Daten:

2. **Versicherungsnehmer (VN) \***

Handelt es sich bei dem Versicherungsnehmer um eine Firma?  Ja  Nein

Geschlecht  männlich  weiblich

Vorname

Nachname

Geburtsdatum  .  .

Anschrift des Versicherungsnehmers

c/o

Straße

PLZ  Ort

3. Versicherte Person (VP) (bei „Care Expatriate“ Seite 2 Teil 5 für jede VP ausfüllen und beifügen)

Sind der VN und die VP identisch?

Ja

Nein

a)  männlich  weiblich

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

 .  . 

Nationalität

b) Vorversicherung im Aufenthaltsland

Nein

Ja, bei

Versicherungs- Nr.

Ende der Vorversicherung

 .  . 

4. Versicherungsdaten

a) Versicherungsbeginn

 .  . 

b) Versicherungsende

 .  . 

5. Angaben zur Reise und zum Auslandsaufenthalt

Land des Wohnsitzes vor Reiseantritt

Reiseland

inklusive NAFTA ? (nur „Care Expatriate“)

Ja

Nein

Einreisedatum nach Deutschland/ EU

 .  .  oder

Ausreisedatum aus Deutschland/ EU

 .  .

6.

Reisegrund

Tätigkeit während der Reise

ggf. Art des Visums

7. Zusatzversicherungen

Haftpflicht- und Unfallversicherung  Nein  Ja (Stufe:  S  M  XL)

Krankentagegeldversicherung  Nein  Ja (Karenz in Tagen:  42  91  183)

Höhe des Tagegeldes in € (max. 300,-)

8. Gewünschte Zahlweise

Lastschrift monatlich (nur „Care Expatriate“)

Lastschrift einmalig

Name der Bank

IBAN

BIC / Swift

Kontoinhaber

Überweisung einmalig

PayPal  
 Kreditkarte

(Bei Zahlung mittels Kreditkarte oder PayPal muss der Versicherungsnehmer den/ die Online-Antrag/ -Anträge selbst eingeben, da für diese Zahlungsarten persönliche Codes erfragt werden müssen!)

9. Kontaktdaten

e- Mail Adresse (notwendig)

Telefonnummer  /

Mobilfunk- Nummer

 / 

Fax Nummer

 / 

10. Zusätzliche Angaben für den Versicherer


11. Gesundheitsfragen (nur für „Care Expatriate“)

Körpergröße der versicherten Person

 cm

Körpergewicht der versicherten Person

 kg

- 1) Besteht derzeit eine Schwangerschaft?  Ja  Nein
- 2) Wurde eine HIV-Infektion/ AIDS festgestellt?  Ja  Nein
- 3) Konsumieren Sie Drogen/ Narkotika (außer Alkohol/ Zigaretten)?  Ja  Nein
- 4) Wurden innerhalb der letzten 5 Jahre oder werden Sie derzeit wegen einer Krebserkrankung, einem Tumor, Alzheimer, Herz- Kreislauf- Erkrankungen, Wirbelsäulen-, Knochen- oder Gelenkerkrankungen, Bluter-Krankheit, Diabetes, Herzinfarkt, Schlaganfall, Multipler Sklerose, Nieren-/ Gallen-/ Leber-Erkrankung, Epilepsie, Tuberkulose, Parkinson-Krankheit, Tropenkrankheit (z. B. Malaria) behandelt?  
 Ja  Nein
- 5) Wurden in den letzten 5 Jahren Untersuchungen oder Behandlungen von Psychotherapeuten oder Psychologen durchgeführt oder sind solche für die Zukunft angeraten?  
 Ja  Nein

\* Mit Unterschrift ermächtige ich die euro- contact, Hamburg den gewünschten Versicherungsschutz bei der der Care Concept AG in Deckung zu geben.

Ort

Datum

 .  . 

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Versicherungsnehmer