

Pośrednik

Numer agencji

Adres e-mailowy agencji

Produkt

Wariant taryfy

Udział własny (tylko „Care Expatriate”)

_____“
Dane osoby ubezpieczonej:

2. Ubezpieczający (VN) *

Czy ubezpieczającym jest firma? Tak Nie

Płeć mężczyzna kobieta

Imię

Nazwisko

Data urodzenia . .

Adres ubezpieczającego w Niemczech

c/o

Ulica

Kod pocztowy Miejscowość

3. Osoba ubezpieczona (VP) (w przypadku „Care Expatriate“ wypełnić i dołączyć stronę 2 część 5 dla każdej osoby ubezpieczonej)

Czy osoba ubezpieczająca (VN) i ubezpieczona (VP) jest tą samą osobą? Tak Nie

a) männlich weiblich

Imię

Nazwisko

Data urodzenia

 . .

Obywatelstwo

b) Ubezpieczenie poprzednie w kraju pobytu Nie

Tak, w

Numer ubezpieczenia.

Koniec poprzedniego ubezpieczenia

 . .

4. Dane wnioskowanego obecnie ubezpieczenia

a) Początek ubezpieczenia

 . .

b) Koniec ubezpieczenia

 . .

5. Dane odnośnie pobytu za granicą _____

Kraj zamieszkania przed rozpoczęciem pobytu za granicą

Kraj pobytu za granicą

włącznie z NAFTA ? (tylko „Care Expatriate“)
NAFTA-Kraje: USA, Kanada, Meksyk

Tak Nie

Data przyjazdu do Niemiec/ EU

 . . lub

Data wyjazdu z Niemiec/ EU

 . .

6.

Powód pobytu za granicą

Działalność podczas pobytu

ewentualnie rodzaj wizey

7. Ubezpieczenia dodatkowe

Ubezpieczenie OC i wypadkowe

Nie

Tak (Wariant: S M XL)

Pieniądże chorobowe

Nie

Tak (Karencja liczona w dniach 42 91 183)

Wysokość dniówki pieniędzy chorobowych (max. 300,-EUR)

8. Sposób płatności

Polecenie zapłaty z konta bankowego co miesiąc (tylko „Care Expatriate“)

Polecenie zapłaty z konta bankowego jednorazowe

Nazwa Banku

IBAN

BIC / Swift

Właściciel konta

Własny przelew jednorazowy

PayPal

Karta kredytowa (VISA, Master Card, American Express)

((Przy płatności za pomocą karty kredytowej lub PayPal ubezpieczający musi sam złożyć wniosek/wnioski przez Internet, ponieważ przy tego rodzaju płatnościach sprawdzane są kody osobiste!))

9. Dane kontaktowe

Adres e-mailowy (konieczny)

Numer telefonu

 /

Numer telefonu komórkowego

 /

Numer faksu

 /

10. Dodatkowe informacje dla ubezpieczyciela:

11. Pytania o stan zdrowia (tylko w przypadku „Care Expatriate“)

Wzrost osoby ubezpieczonej

 cm

Waga osoby ubezpieczonej

 kg

- 1) Czy obecnie występuje ciąża? Tak Nie
- 2) Czy stwierdzono infekcję HIV / AIDS? Tak Nie
- 3) Czy przyjmuje Pan/Pani narkotyki (oprócz alkoholu / papierosów)? Tak Nie
- 4) Czy w ciągu ostatnich 5 lat miało miejsce lub odbywa się obecnie leczenie raka, guza, choroby Alzheimera, chorób serca lub krążenia, kręgosłupa, kości lub stawów, hemofilii, cukrzycy, zawału serca, udaru, stwardnienia rozsianego, chorób nerek / pęcherza moczowego / wątroby, epilepsji, gruźlicy, choroby Parkinsona, choroby tropikalnej (np. malaria)? Tak Nie
- 5) Czy w ciągu ostatnich 5 lat wykonywane były badania lub prowadzone było leczenie przez psychoterapeutów lub psychologów lub czy takie badania i leczenie zalecane są w przyszłości? Tak Nie

*Własnoręcznym podpisem upoważniam euro- contact, Hamburg do objęcia wymaganą ochroną ubezpieczeniową w Care Concept AG.

Miejscowość

Data

 . .

Podpis wnioskującego