

Anmeldung zur Versicherung PRO TRIP - WORLD - H

Application for the insurance PRO TRIP - WORLD - H

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

Feld für besondere Vermerke // Space for special notices | Ausgebende Organisation // Issuing organization [00001] | Versicherungsnummer (wird bei Eingang vergeben) // Policy no. (to be indicated after application)

Anmelder // Applicant

<input type="checkbox"/> Frau // Ms				
<input type="checkbox"/> Herr // Mr	Vorname // First name	Nachname (ggf. Firma/Organisation) // Family name (if applicable: company/organization)		
Straße, Hausnummer // Street, street number		PLZ // Postal code	Ort // City	Land // Country
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 // Date of birth	Versicherungsbeginn // Inception of insurance	Versicherungsende // Insurance expiry	Heimatland // Home country	
Reiseziel // Destination		Grund des Aufenthaltes (freiwillige Angabe) // Reason for travelling (voluntary information)		

Ich wähle folgenden Versicherungsschutz // I choose the following insurance coverage

<input type="checkbox"/> PRO TRIP - WORLD - H	Weltweit gültige Haftpflichtversicherung // Worldwide valid liability insurance	Monatliche Prämie in € // Monthly premium in €	5,00
---	---	--	------

Zahlungsweise // Payment method

<input type="checkbox"/> Einmalzahlung durch SEPA Lastschriftmandat von folgendem Konto (Nur bei Euro-Ländern): // Single payment in one sum by SEPA direct debit mandate to the following account (Euro member states only):	
<input type="checkbox"/> Monatliche Zahlung durch SEPA Lastschriftmandat von folgendem Konto (Nur bei deutschem oder österreichischem Konto möglich): // Monthly payment by SEPA direct debit mandate to the following account (German and Austrian accounts only):	
IBAN <input type="text"/>	BIC <input type="text"/>
<p>Ich ermächtige die Dr. Walter GmbH (Eisenerzstraße 34, 53819 Neunkirchen-Seelscheid, Germany; Gläubiger-Identifikationsnummer DE76ZZZ00000887121; Mandatsreferenz: Versicherungsnummer) Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich das Kreditinstitut an, die von der Dr. Walter GmbH auf mein/ unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.</p> <p>Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/ unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.</p>	
<p>I hereby authorize Dr. Walter GmbH (Eisenerzstrasse 34, 53819 Neunkirchen-Seelscheid, Germany; Creditor Identifier DE76ZZZ00000887121; Mandate reference: insurance policy number) to collect payments from my/ our bank account by direct debit. I also instruct my bank to pay the direct debits drawn by Dr. Walter GmbH from my/ our account.</p> <p>Note: I am entitled to demand the refund of the debited amount within eight weeks from the debit date. The terms and conditions agreed with my/ our bank shall apply.</p>	
Kontoinhaber (Vorname, Nachname) // Account holder (first name, family name)	Unterschrift des Kontoinhabers // Signature of account holder

<input type="checkbox"/> Überweisung des Gesamtbeitrages auf das Konto der Dr. Walter GmbH, Postbank Köln, BIC: PBNKDEFF, IBAN: DE03 3701 0050 0212 0765 00 (Kopie der Überweisung liegt bei): // Payment of total sum by bank transfer to Dr. Walter GmbH, Postbank Köln, BIC: PBNKDEFF, IBAN: DE03 3701 0050 0212 0765 00 (proof of payment attached)

Wichtiger Hinweis und Unterschrift // Important note and signature

Versicherungsschutz besteht – ordnungsgemäße Zahlung vorausgesetzt – ab dem beantragten Zeitpunkt, jedoch frühestens ab Eingang der Anmeldung bei der Dr. Walter GmbH.

The insurance policy is purchased prior to departure for the entire duration of the stay abroad or up to one month after departure for the remaining period of the stay abroad. Insurance cover is provided – subject to proper payment of the insurance premium – from the date applied for, but at the earliest on receipt of the application by Dr. Walter GmbH.

Bevor Sie diese Anmeldung unterschreiben, beachten Sie bitte die Schlusserklärungen auf der Rückseite sowie die weiteren wichtigen Hinweise. Diese Erklärungen sind wichtiger Bestandteil des Vertrages. Mit Ihrer Unterschrift machen Sie die Schlusserklärungen zum Bestandteil dieses Vertrages.

Before signing this application, please carefully read the closing statements on page 2 as well as the other important notes. These statements are an integral part of the contract. By signing this document, the closing statements become part of this contract.

Ich beantrage Versicherungsschutz nach Maßgabe der beiliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

I apply for insurance cover in accordance with the attached General Insurance Conditions.

Ort, Datum // Date, Place	Unterschrift des Anmelders // Signature of the 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.

Vertragsgrundlagen

Bei PROTRIP-WORLD-H handelt es sich um eine Berufs- und Privathaftpflichtversicherung für Studenten, Kollegiaten, Praktikanten, Doktoranden, Sprachschüler und Au-pairs, die sich im Rahmen von Jugend- und Bildungsprogrammen im Ausland aufhalten sowie deren mitreisende Ehegatten, Lebenspartner und unverheiratete Kinder.

PROTRIP-WORLD-H ist eine Gruppenvertragslösung, über die sich Mitglieder der LAC (Living Abroad Community e.V.) sowie Teilnehmer von angeschlossenen Partnerfirmen und Organisationen für Auslandsaufenthalte versichern können.

Mit Beitritt zu diesem Vertrag erhalten Sie eine Aufnahmebestätigung, aus der Sie die versicherten Personen und den versicherten Leistungsumfang entnehmen können.

Das Produkt PROTRIP-WORLD-H wird exklusiv über die Dr. Walter GmbH (Dr. Walter) bzw. deren Vertriebspartner angeboten und verwaltet. Sollte es einmal zu Unstimmigkeiten kommen, wenden Sie sich bitte an die Dr. Walter GmbH:

Dr. Walter GmbH, Eisenerzstraße 34, 53819 Neunkirchen-Seelscheid, Deutschland
T +49 (0) 2247 9194-0, F +49 (0) 2247 9194-40, E-Mail: info@dr-walter.com

Wir werden versuchen, schnellstmöglich eine einvernehmliche Lösung zu finden.

Gelingt dies nicht, können Sie sich auch an einen außergerichtlichen Streitschlichter wenden:

Bitte wenden Sie sich 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.

Beschwerden können Sie außerdem richten an die

- Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.

Widerrufsbelehrung

Sie können Ihre Vertragserklärung ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Der Widerruf muss innerhalb einer Frist von zwei Wochen ab Vertragsschluss erfolgen. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Ihren Widerruf richten Sie an:

PROTRIP-WORLD-H, Dr. Walter GmbH, Eisenerzstr. 34, 53819 Neunkirchen-Seelscheid

Im Falle des wirksamen Widerrufs sind Sie an Ihren Vertrag nicht mehr gebunden. Für Versicherungsschutz, der vor Ende der Widerrufsfrist gewährt wurde, steht dem Versicherer der auf die Zeit bis Zugang des Widerrufs entfallende Teil des Beitrags zu. Darüber hinaus gezahlte Beiträge hat der Versicherer zu erstatten.

Für den Widerruf können Sie folgenden Text benutzen:

Hiermit widerrufe ich den von mir abgeschlossenen Vertrag.

Versicherungsnummer:

Abgeschlossen am:

Name des Versicherungsnehmers:

Unterschrift des Versicherungsnehmers:

Unterschrift des Versicherungsnehmers (nur bei Mitteilung auf Papier)

Datum:

Zusammensetzung der Versicherungsprämie (in €)

Der monatliche Gesamtbeitrag setzt sich wie aus dem Mitgliedsbeitrag LAC (Anteil LAC) und der Haftpflichtversicherungsprämie (Anteil HU) zusammen.

Gesamtbeitrag	5,00 €
Haftpflichtversicherung	4,70 €
Mitgliedsbeitrag	0,30 €

Im Beitrag der Haftpflichtversicherung sind 19% deutsche Versicherungssteuer enthalten. Der Beitrag ist ein Einmalbetrag und wird für die gesamte Versicherungsdauer nach Zugang der Aufnahmebestätigung und nach Ablauf der Widerrufsfrist fällig.

Vertragspartner

Das Produkt PROTRIP-WORLD-H ist Berufs- und Privathaftpflichtversicherung, die exklusiv über die Dr. Walter GmbH bzw. deren Vertriebspartner angeboten wird. Mit den folgenden Angaben möchten wir, die Dr. Walter GmbH, Sie als Kunden umfassend über die beteiligten Versicherungsgesellschaften und die zugrundeliegenden Versicherungen informieren:

Den Versicherungsschutz für die Haftpflichtversicherung gewährt die:

Generali Versicherung AG, Adenauerring 7, 81731 München, Deutschland.

Sitz: München, Registergericht: Amtsgericht München HRB 177658

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: Dipl.-Kfm. Reinhard Bellinghausen
Postbank Köln, IBAN: DE 03 3701 0050 0212 0765 00, BIC: PBNKDEFF

T +49 (0) 22 47 91 94 -0, F +49 (0) 22 47 91 94 -40

www.dr-walter.com
info@dr-walter.com

Authorization for transmission of data

I authorize the insurers and Dr. Walter GmbH, as far as necessary within the proper handling of all my insurance matters, to store my general contract, billing and benefits data in a data base. The general contract and billing data may also be forwarded to the agency that acts as an insurance broker.

Contract basis

The product PROTRIP-WORLD-H is a professional and personal liability insurance for students, scholarship holders, interns, trainees, doctoral students, language students, and au pairs for their stays abroad as participant of educational and cultural exchange programs; also covered are their accompanying spouses or partners as well as their unmarried children.

PROTRIP-WORLD-H is a group contract solution, which provides insurance cover during trips abroad for members of the LAC Living Abroad Community e.V. (LAC) and for participants of affiliate partner companies and organizations.

When joining the contract, you will receive a certificate of enrollment with all the information about the insured person and the agreed range of services. The product PROTRIP-WORLD-H is exclusively offered and managed by Dr. Walter GmbH (Dr. Walter) or its distribution partners.

In the event of a disagreement, please contact Dr. Walter GmbH. Our contact data are:

Dr. Walter GmbH, Eisenerzstrasse 34, 53819 Neunkirchen-Seelscheid, Germany
T +49 (0) 2247 9194-0, F +49 (0) 2247 9194-40, Email: info@dr-walter.com

We will try to find a mutually acceptable solution as quickly as possible. If we don't succeed in this endeavor, you can also contact an extra-judicial arbitrator:

For complaints that do not affect health insurance, please contact

- Versicherungs-Ombudsmann (ombudsman for insurance matters), Postfach 080632, 10006 Berlin, Germany.

This ombudsman is both responsible for extra-judicial arbitration in the event of a dispute arising from insurance contracts with consumers and between insurance brokers and policyholders. His decisions are not binding for the insurer. The right to take legal action shall remain unaffected hereby.

In addition, you can file a complaint with

- Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (Federal Financial Supervisory Authority) Graurheindorfer Strasse 108, 53117 Bonn, Germany.

Information on the right of revocation

You can revoke your contractual declaration in writing (e.g. letter, fax, e-mail) without giving reasons within two weeks after conclusion of the contract. Timely sending of the revocation statement is sufficient for complying with the revocation period. Please send your revocation to

PROTRIP-WORLD-H, Dr. Walter GmbH, Eisenerzstrasse 34, 53819 Neunkirchen-Seelscheid, Germany

In case of an effective revocation, you are no longer bound to the contract. If insurance cover was provided prior to the end of the revocation period, the insurer is entitled to the part of the premium attributable to the time until the revocation is received. Any premiums paid in addition to that shall be reimbursed by the insurer.

You can use the following text sample for your revocation:

I hereby revoke the contract I concluded.

Insurance policy number:

Concluded on:

Name of the policyholder:

Address of the policyholder:

Signature of the policyholder (in case of written notification)

Date:

Elements of the insurance premium (in €)

The monthly premium consists of the LAC membership fee (LAC share) and the liability insurance premium (HU share).

Total amount	€ 5.00
Liability insurance	€ 4.70
Membership fee	€ 0.30

The premium for liability insurance includes 19% German insurance tax. The premium is a single premium and is due for the entire term of the insurance after receipt of the certificate of enrollment and after expiry of the revocation period.

Contract partners

The product PROTRIP-WORLD-H is a professional and personal liability insurance exclusively offered and managed by Dr. Walter GmbH or its distribution partners. We, Dr. Walter GmbH, want to provide you as our customer with the following comprehensive information about the involved insurance companies and the underlying insurance policies:

Liability insurance is provided by:

Generali Versicherung AG, Adenauerring 7, 81731 Munich, Germany.

Headquarters: Munich, Registration Court: District Court Munich HRB 177658

Contact

If you have any questions regarding contract management or settlement of claims, please contact us at:

Dr. Walter GmbH
Insurance Brokers
Eisenerzstrasse 34
53819 Neunkirchen-Seelscheid
Germany

Registration Court: District Court Siegburg HRB 4701
Managing Director: Dipl.-Kfm. Reinhard Bellinghausen

Postbank Köln, IBAN: DE 03 3701 0050 0212 0765 00, BIC: PBNKDEFF

T +49 (0) 2247 9194-0, F +49 (0) 2247 9194-40

www.dr-walter.com
info@dr-walter.com