

Vertriebspartnernummer
> Partner no.

Anmerkung
> Note

Kennen Sie unseren Online-Abschluss?

Schließen Sie Ihren Vertrag auf www.klemmer-international.com ab, und Sie erhalten Ihre Vertragsunterlagen sofort! Dort können Sie wahlweise auch mit Kreditkarte bezahlen.

Antrag auf Abschluss einer Versicherung von Personen im Rahmen von Hilfsaktionen

> Application to conclude an insurance of individuals as part of relief efforts

Antragsteller > Applicant

Anrede > Salutation Adresse in > Address in
 Frau > Ms. Herr > Mr. Deutschland > Germany Österreich > Austria

Name
> Last name

Straße, Hausnr., ggf. c/o
> Street name and number, if needed c/o

Telefon
> Phone

E-Mail

Vorname
> First name

PLZ, Ort
> ZIP code, city

Telefax
> Fax

Zu versichernde Personen > Persons to be insured

Bitte geben Sie die zu versichernden Personen auf Seite 2 an. > Please enter the persons to be insured on page 2.

Aufenthalt in > Stay in

Deutschland > Germany Österreich > Austria

Tarifauswahl > Tariff selection

<input type="checkbox"/> PREMIUM	3-15 JAHRE für 0,55 € pro Tag 16-69 JAHRE für 1,10 € pro Tag Kranken-, Haftpflicht-, Unfallversicherung	> 3-15 YEARS for € 0.55 per day > 16-69 YEARS for € 1.10 per day > Health, liability, accident insurance
---	---	--

Der zu entrichtende Mindestbeitrag je Vertrag beträgt 10,- €. > The minimum amount payable per contract is € 10.

Zahlungsweise > Payment

SEPA-Lastschriftmandat > SEPA Direct debit mandate

Einmalzahlung > Single payment Monatlich > Monthly

Ich ermächtige die Klemmer International Versicherungsmakler GmbH, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Klemmer International Versicherungsmakler GmbH auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

> Herewith I/we allow Klemmer International Versicherungsmakler GmbH (payee), to get payments from my/our account via direct debit. I/We assign my/our bank to cash the payments from my/our account to the above-named payee. Note: I/We can demand a payback for eight weeks, started from the debit. This apply to the terms and conditions from my/our bank.

Gläubiger-Identifikationsnummer > Creditor ID	DE3900100000544310	Mandatsreferenz > Mandate reference number	Wird separat mitgeteilt > Will be announced separately
Kontoinhaber (Vorname und Name) > Name of account holder		Kreditinstitut (Name und BIC) > Creditor institute (name and Swift BIC)	
Straße, Hausnr. > Street name and number		IBAN > Account number-IBAN	
PLZ, Ort > ZIP code, city		Ort, Datum, Unterschrift Kontoinhaber > Location, date, signature of account holder ✕	

Überweisung > Bank transfer
 Einmalzahlung > Single payment Monatlich > Monthly

Erklärungen und Unterschrift > Declaration and signature

Bitte beachten Sie vor Ihrer Unterschrift auch die Informationen zum Widerrufs-/Rücktrittsrecht sowie die weiteren wichtigen Hinweise auf der Rückseite. Diese Erklärungen sind wichtiger Bestandteil des Vertrages: **Ich habe die Datenschutzbestimmungen unter www.klemmer-international.com/de/datenschutzerklaerung.html und die Verbraucherinformationen zur Kenntnis genommen und willige ein. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der eingetragenen Angaben und erkenne auch die Hinweise auf der Rückseite als Inhalt des Vertrages an.** Ich beantrage Versicherungsschutz nach Maßgabe der beiliegenden Verbraucherinformationen/Versicherungsbedingungen (05-2018).

> Please note the right of withdrawal as well as other important notices on the back before you sign. These statements are an important part of the contract. I have read the privacy policy at www.klemmer-international.com/de/datenschutzerklaerung.html and in the consumer information/conditions of insurance and I agree. With my signature, I will confirm the completeness and accuracy of the entered information and also accept the notes on the back as part of the contract. I wish to purchase insurance coverage according to the enclosed consumer information/conditions of insurance (05-2018).

Ort, Datum, Unterschrift Antragsteller ✕

Antragsteller > Applicant

Name
> Last name

Vorname
> First name

Zu versichernde Personen > Persons to be insured

	NAME > Last name	VORNAME > First name	GEBURTSDATUM > Date of birth	NATIONALITÄT > Nationality	HEIMATLAND > Home country	BEGINN > Valid from	ENDE > Expiry date
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							

GUESTS HILFSAKTIONEN VERSICHERUNG > GUESTS RELIEF EFFORTS INSURANCE

Wichtige Hinweise

Rechtsgrundlagen

Grundlage des Versicherungsvertrages sind der Antrag, die Versicherungsbedingungen zur Reiseversicherung der Klemmer International Versicherungsmakler GmbH (RVB 05-2018) und die Besonderen Bedingungen zur Versicherung von Personen im Rahmen von Hilfsaktionen (BB HILFSAKTIONEN 05-2018), in die die Tarifbestimmungen des Versicherers eingeflossen sind, der Versicherungsschein, ggf. spätere schriftliche Vereinbarungen sowie das jeweils gültige Versicherungsvertragsgesetz. Für Verträge mit einem deutschen Versicherungsnehmer gilt deutsches Recht. Für Verträge mit einem österreichischen Versicherungsnehmer gilt österreichisches Recht. Für Verträge mit Versicherungsnehmern außerhalb Deutschlands oder Österreichs gilt das Recht des Gastlandes (Deutschland oder Österreich).

Versicherungsbeginn

Der Versicherungsschutz beginnt mit der Grenzüberschreitung des Heimatlandes bei direkter Reise in das Gastland, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), Antragseingang, Zahlungseingang des Beitrages (jedoch Besonderheit beim Lastschriftverfahren) und vor Ablauf eventueller Wartezeiten.

Prämie/Zahlung

Die Tagesprämie für den jeweiligen Tarif setzt sich wie folgt zusammen:

TARIF	IHRE PRÄMIE*	HIERVON ENTFALLEN AUF	
		KRANKEN- VERSICHERUNG	UNFALL-/HAFTPFLICHT- VERSICHERUNG*
PREMIUM (3-15 JAHRE)	0,55 €	0,53 €	0,02 €
PREMIUM (16-69 JAHRE)	1,10 €	1,06 €	0,04 €

* inklusive der derzeit gültigen Versicherungssteuer

Der Beitrag für diese Versicherung ist ein Einmalbeitrag. Er enthält die Versicherungssteuer. Der Einmalbeitrag errechnet sich aus der Vertragslaufzeit (Anzahl der Tage) und dem gewählten Tarif und wird mit Versicherungsbeginn sofort fällig. Der zu entrichtende Mindestbeitrag je Vertrag beträgt 10,- €. Vereinbart der Versicherungsnehmer eine monatliche Zahlung des Beitrages, erklärt sich der Versicherer einverstanden, den Einmalbeitrag zum Teil zu stunden. Die Zahlung des Beitrages erfolgt dann in gleichen Raten à 30 Tagen, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die erste Beitragsrate ist bei Versicherungsbeginn fällig, die Folgeraten jeweils zu Beginn des Folgemonats. Die Erteilung einer vollziehbaren Beitragseinzugermächtigung steht der Prämienzahlung gleich.

Datenschutz

Beachten Sie dazu die „Information zur Datenverarbeitung“ in den Kundeninformationen, die Ihnen bei Antragsunterzeichnung vorliegen.

Widerrufsbelehrung für Versicherungsnehmer in Deutschland

Widerrufrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben, jedoch nicht vor Erfüllung unserer Pflichten gemäß § 312i Abs. 1 Satz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs in Verbindung mit Artikel 246c des Einführungsgesetzes zum Bürgerlichen Gesetzbuch. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: Klemmer International Versicherungsmakler GmbH, Am Sägbach 3, 83674 Gaißach, info@klemmer-international.com

Widerrufsofegen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einhalten; dabei handelt es sich um einen Betrag, der wie folgt errechnet wird: Tagestarif: Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestand, x vereinbarte Tagesprämie; mindestens jedoch 10,- €. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z.B. Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Für Versicherungsnehmer in Österreich gilt:

Rücktrittsrecht

Sie können von Ihrer Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) zurücktreten. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 9a des Versicherungsaufsichtsgesetzes sowie § 5c Versicherungsvertragsgesetz (VersVG) und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Rücktritts.

Der Rücktritt ist zu richten an:

Klemmer International Versicherungsmakler GmbH
Am Sägbach 3 | 83674 Gaißach
info@klemmer-international.com

Wenn Sie von diesem Vertrag zurücktreten, haben wir Ihnen alle Zahlungen, die wir von Ihnen erhalten haben, unverzüglich und spätestens binnen vierzehn Tagen ab dem Tag zurückzuzahlen, an dem die Mitteilung über Ihren Rücktritt dieses Vertrags bei uns eingegangen ist. Für diese Rückzahlung verwenden wir dasselbe Zahlungsmittel, das Sie bei der ursprünglichen Transaktion eingesetzt haben, es sei denn, mit Ihnen wurde ausdrücklich etwas anderes vereinbart; in keinem Fall werden Ihnen wegen dieser Rückzahlung Entgelte berechnet. Das Rücktrittsrecht erlischt spätestens einen Monat nach dem Zugang des Versicherungsscheins und einer Belehrung über das Rücktrittsrecht.

Informationen zu den Versicherern

1. Chubb European Group SE – Direktion für Deutschland

Anschrift

Lurgiallee 12, 60439 Frankfurt am Main, Tel. +49 69 75613-0, Fax +49 69 75613-252, www.chubb.com/de, Amtsgericht Frankfurt, HRB 58029

Hauptsitz der Gesellschaft

Hauptsitz der Gesellschaft ist Courbevoie, Frankreich

Rechtsform

Societas Europaea

Gesetzlicher Vertreter

Gesetzlicher Vertreter der Chubb European Group SE, Direktion für Deutschland ist der Hauptbevollmächtigte Andreas Wania, Frankfurt.

Hauptgeschäftstätigkeit

Betrieb sämtlicher Sparten der Sach- und Personenversicherung (nicht aber Lebens-, substitutive Kranken- und Rechtsschutzversicherungen), Geschäft der Rückversicherung und Vertrieb von Versicherungen aller Art.

Zuständige Aufsichtsbehörde

Chubb European Group SE unterliegt der Zulassung und Aufsicht der „Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) 4“, Place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS CEDEX 09. Die Direktion für Deutschland unterliegt zusätzlich den Regularien der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) zur Ausübung der Geschäftstätigkeit, welche sich von den französischen Regularien unterscheiden können. Sie können Beschwerden auch an die zuständige Aufsichtsbehörde richten; es ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn, www.bafin.de, Tel. +49 228 4108-0. Die Möglichkeit den Rechtsweg zu beschreiten bleibt für Sie hiervon unberührt.

2. W.R. Berkley Europe AG – Niederlassung für Deutschland

Anschrift

Kaiser-Wilhelm-Ring 27-29, 50672 Köln, Tel. +49 221 99386-0, Fax +49 221 99386-181, www.wrberkley.de, Amtsgericht Köln, HRB 85917

Hauptsitz der Gesellschaft

Wir sind eine Niederlassung der W.R. Berkley Europe AG, Städtle 35a, 9490 Vaduz, Liechtenstein

Rechtsform

Aktiengesellschaft nach liechtensteinischem Recht

Gesetzlicher Vertreter

Gesetzlicher Vertreter der Berkley Europe AG, Niederlassung für Deutschland ist der Hauptbevollmächtigte Bernd Wiemann.

Hauptgeschäftstätigkeit

Die W.R. Berkley Europe AG, Liechtenstein betreibt die Schaden-, Unfall- und Rückversicherung. Die deutsche Niederlassung betreibt aktuell die Bereiche Sach-, Haftpflicht-, D & O-, Unfall-, Kfz- und Sonderversicherungen.

Zuständige Aufsichtsbehörde

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht - Bereich Versicherungen, Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn, www.bafin.de, Tel. +49 228 4108-0.

KLEMMER International Versicherungsmakler GmbH · Am Sägbach 3 · 83674 Gaißach · T +49 (0) 8041 7606-200 · F +49 (0) 8041 7606-250

www.klemmer-international.com · travel@klemmer-international.com · IBAN DE78 7007 0024 0861 4554 01 · BIC DEUTDE33MUC

Deutsche Bank · Geschäftsführer Daniela Gögl, Karen Schumann · Amtsgericht München HRB 185261

Important notes

Legal bases

The insurance contract is based on the application, the conditions of insurance for the travel insurance policy of Klemmer International Versicherungsmakler GmbH (RVB 05-2018) and the Special Conditions for the insurance of individuals as part of relief efforts (BB HILFSAKTIONEN 05-2018), into which the tariff conditions of the insurer have been incorporated, the insurance policy, where applicable, any ancillary written agreements, and also the current version of the Versicherungsvertragsgesetz (German Insurance Contract Act), German law shall apply for contracts with a German insured. Austrian law shall apply for contracts with an Austrian insured. For contracts with insureds outside Germany or Austria, the law of the host country (Germany or Austria) shall apply.

Commencement of insurance

Insurance cover shall start with the insured's crossing the border of his/her home country when traveling directly into the host country, not, however, before the date and time specified in the insurance policy (commencement of insurance), receipt of the application, receipt of payment of the due premiums (NB: special exemptions apply regarding the direct debit mode of payment) and prior to the expiry of any qualifying periods.

Premium/payment

The daily premium for the respective tariff is made up as follows:

TARIFF	YOUR PREMIUM*	THE PREMIUM IS DIVIDED INTO	
		HEALTH- INSURANCE	ACCIDENT-/LIABILITY- INSURANCE*
PREMIUM (3-15 YEARS)	€ 0.55	€ 0.53	€ 0.02
PREMIUM (16-69 YEARS)	€ 1.10	€ 1.06	€ 0.04

* including current rate of insurance tax

The premium for this insurance is a single premium. It includes insurance tax. The single premium is calculated on the basis of the term of the policy (number of days) and the selected tariff and is payable immediately at the commencement of insurance. The minimum premium per policy is € 10. In the case that the insured opts for a monthly payment of the premium, the insurer declares his agreement to defer a portion of the payment of the single premium. The premium shall then be paid in equal 30-day instalments, which shall count as deferred until the due date of payment of the respective premium instalment. The first premium instalment is due at the commencement of insurance, the following instalments at the start of each subsequent month. The granting of a direct debit mandate for the premium counts as payment of the premium.

Data protection

Please note the 'Data Processing Information' in the client information provided when signing the application.

The following applies for policyholders in Germany:

Right of withdrawal

You are entitled to withdraw your agreement to the contract within 14 days, without any obligation to state reasons, in text form (e.g. by letter, fax, e-mail). The period starts with your receipt of the policy, the conditions of the contract including the General Conditions of Insurance, all further information as per Article 7 paras 1 and 2 of the German Insurance Contract Act in conjunction with Articles 1 thru 4 of the VVG Information Obligation Ordinance, and this withdrawal policy in text form, not, however, before the fulfillment of our obligations as per Articles 312i para 1 subpara 1 of the German Civil Code in conjunction with Article 246c of the Implementation Act for the German Civil Code. The withdrawal period can be safeguarded by sending the declaration of withdrawal in proper time. The declaration of withdrawal must be addressed to: Klemmer International Versicherungsmakler GmbH, Am Sägbach 3, 83674 Gaißach, Germany, info@klemmer-international.com

Consequences of withdrawal

In the event of valid withdrawal, the insurance cover shall end and we shall – in the case that you have agreed to the insurance cover starting before the expiry of the withdrawal period – reimburse the portion of the premiums still due for the time of the contract following the receipt of the withdrawal. In this case we shall be entitled to withhold that portion of the premium due for the time up to the receipt of the declaration of withdrawal; this shall involve an amount that is calculated as follows: Daily tariff: Number of days for which there was insurance cover, x agreed daily premium; in all cases, however, at least € 10.

Reimbursable premiums shall be returned without delay, at the very latest 30 days after receipt of the declaration of withdrawal. In the case that the insurance cover does not commence before the end of the withdrawal period, the consequence of the valid withdrawal shall be that received benefits must be returned and any financial advantages drawn (e.g. interest) must be ceded.

Special notes

Your right of withdrawal shall expire in the case that the contract, at your express wish, has been completely fulfilled both by you and by us before you have asserted your right of withdrawal.

The following applies for policyholders in Austria:

Right of withdrawal

You may withdraw from your contractual declaration in writing within 14 days without any explanation (e.g. by letter, fax, email).

This period starts upon receipt of the insurance policy, policy provisions including General Policy Conditions, additional information pursuant to § 9a of the Austrian Insurance Supervisory Law as well as § 5c Austrian Insurance Contract Law (VersVG) and these instructions, each in text form. Timely submission of the cancellation notice suffices for compliance with the withdrawal period.

The withdrawal must be sent to:

Klemmer International Versicherungsmakler GmbH
Am Sägbach 3 | 83674 Gaißach
info@klemmer-international.com

Upon withdrawing from this contract, we refund all payments made by you promptly, within fourteen days from the date we receive your notice of withdrawal. The refund is processed using the same payment method used in the original transaction unless expressly agreed otherwise; in no instance are fees charged for this refund. The right of withdrawal expires no later than one month from receipt of the insurance policy and the advice on the right to withdraw.

Information on the insurer

1. Chubb European Group SE – Direktion für Deutschland (German branch)

Address

Lurgiallee 12, D-60439 Frankfurt am Main, Germany, phone +49 69 75613-0, fax +49 69 75613-252, www.chubb.com/de, Frankfurt District Court, Companies register number: HRB Frankfurt 58029

Company's head office

The company's head office is in Courbevoie, Frankreich

Legal form

Societas Europaea

Legal representative

The legal representative of Chubb European Group SE, Direktion für Deutschland is General Representative Andreas Wania, Frankfurt, Germany.

Main area of business

Commercial operations in all areas of property and personal insurance (not, however, life insurance, substitute health and legal insurance), reinsurance affairs and marketing of insurance products of all kinds.

Responsible supervisory authority

Chubb European Group SE is subject to the authorisation and supervision of "Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) 4", Place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS CEDEX 09 and the German branch is also subject to the regulations of the Federal Financial Supervisory Authority (BaFin) for carrying out business activities, which may differ from the French regulations. You may address complaints to BaFin. BaFin can be contacted at: Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn, www.bafin.de, phone: +49 228 4108-0. Your right to choose to take legal action remains unaffected by this.

2. W.R. Berkley Europe AG – Branch for Germany

Address

Kaiser-Wilhelm-Ring 27-29, D-50672 Köln, Germany, phone +49 221 99386-0, fax +49 221 99386-181, www.wrberkley.de, Cologne District Court, HRB 85917

Registered company office

German branch of W.R. Berkley Europe AG, Städtle 35a, 9490 Vaduz, Liechtenstein

Legal form

Public Limited Company under Liechtenstein law

Legal representative

The legal representative of Berkley Europe AG, Branch for Germany is General Representative Bernd Wiemann.

Main area of business

W.R. Berkley Europe AG, Liechtenstein provides indemnity, accident and reinsurance. The German branch currently offers property, liability, D & O, accident, auto and speciality insurance.

Responsible supervisory authority

German Federal Financial Supervisory Authority - insurance department, Graurheindorfer Str. 108, D-53117 Bonn, Germany, www.bafin.de, phone +49 228 4108-0.