

Antrag auf Abschluss einer CARE & HELP Versicherung

> Application to conclude a CARE & HELP Insurance

Antragsteller > Applicant

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

Name > Last name
Vorname > First name
Straße, Hausnr., ggf. c/o > Street name and number, if needed c/o
PLZ, Ort > ZIP code, city
Telefon > Phone
Telefax > Fax
E-Mail

Versicherte Person > Insured person

 Anrede > Salutation Aufenthalt in > Stay in
 Frau > Ms. Herr > Mr. Deutschland > Germany Österreich > Austria

Name > Last name
Vorname > First name
Geburtsdatum (Höchstalter 60 Jahre) > Date of birth (age limit 60 years)
Staatsangehörigkeit > Nationality
Heimatland > Home country
Vorvertragsnummer > Previous insurance policy number
E-Mail

Vertragslaufzeit > Insurance period

Beginn (Datum der Einreise/Anschluss an Vorvertrag) > Valid from (date of entry/after a previous contract)	TT - MM - JJJJ	Ende (Datum der voraussichtl. Ausreise/Ende der Tätigkeit) > Expiry date (expected departure date/end of the job)	TT - MM - JJJJ
---	----------------	--	----------------

Kranken-/Haftpflicht-/Unfallversicherung > health, liability and accident insurance				nur HAFTPFLICHT/UNFALL > liability/accident	
		1.-12. Monat > 1 st to 12 th month	13.-36. Monat > 13 th to 36 th month		
BASIC	<input type="checkbox"/> Alter 3-40 Jahre > age 3-40 years	1,20 € pro Tag > per day	1,80 € pro Tag > per day	<input type="checkbox"/>	0,27 € pro Tag > per day
	<input type="checkbox"/> Alter 41-60 Jahre > age 41-60 years	1,40 € pro Tag > per day	2,00 € pro Tag > per day		
PREMIUM	<input type="checkbox"/> Alter 3-40 Jahre > age 3-40 years	1,40 € pro Tag > per day	2,00 € pro Tag > per day	<input type="checkbox"/>	0,27 € pro Tag > per day
	<input type="checkbox"/> Alter 41-64 Jahre > age 41-60 years	1,60 € pro Tag > per day	2,20 € pro Tag > per day		
	<input type="checkbox"/> Alter 65-69 Jahre > age 41-60 years	2,90 € pro Tag > per day	3,40 € pro Tag > per day		

1) Der zu entrichtende Mindestbeitrag je Vertrag beträgt 10,- € für den Tarif Haftpflicht/Unfall und 25,-€ für alle anderen Tarife. >The minimum amount payable per liability and accident tariff is € 10 per all other tariffs € 25.

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

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).

Bitte senden Sie diesen Antrag direkt an KLEMMER International.

> Please send this application form directly to KLEMMER International.

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 DEUTDE33
 Deutsche Bank · Geschäftsführer Daniela Gögler, Karen Schumann · Amtsgericht München HRB 185261

 Ort, Datum, Unterschrift Antragsteller
 > Location, date, signature of applicant ✕

