

Anmeldung zur Versicherung EDUCARE24 //

Application for the insurance EDUCARE24

Dialog Versicherung AG
Generali Deutschland Krankenversicherung 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)

Antragsteller // Applicant

<input type="checkbox"/> Frau // Ms	<input type="checkbox"/> Herr // Mr	Vorname // First name	Nachname // Family name
Straße, Hausnummer, ggf. c/o // Street, street number, if needed c/o		PLZ // Postal code	Ort // City
Telefon // Telephone		Fax	Email

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 (Höchstalter 69 Jahre) // Date of birth (age limit 69 years)	Staatsangehörigkeit // Nationality	Einreisedatum // Date of arrival	
Beginn des Unterrichts, der Lehr-/Forschungstätigkeit // Beginning of classes, teaching or research job	Gewünschter Versicherungsbeginn // Requested start of insurance	Gewünschtes Versicherungsende // Requested end of insurance	

Grund des Aufenthaltes in Deutschland // Reason for the stay in Germany

<input type="checkbox"/> Sprachkurs // Language course	<input type="checkbox"/> Praktikum // Internship	<input type="checkbox"/> Sprachvorbereitungskurs an der Universität // Language preparatory classes at the university	<input type="checkbox"/> Studium // Academic studies
<input type="checkbox"/> Lehr- bzw. Forschungstätigkeit // Teaching or research job	<input type="checkbox"/> Nachreisende Familienangehörige // Joining family members	<input type="checkbox"/> Sonstiges // Other	

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

EDUCARE24 S	<input type="checkbox"/> 33€	Monatlicher Beitrag für Personen bis 39 Jahre // Monthly fee for people up to 39 years	<input type="checkbox"/> 54€	Monatlicher Beitrag für Personen bis 69 Jahre // Monthly fee for people up to 69 years
EDUCARE24 M	<input type="checkbox"/> 37€	Monatlicher Beitrag für Personen bis 39 Jahre // Monthly fee for people up to 39 years	<input type="checkbox"/> 58€	Monatlicher Beitrag für Personen bis 69 Jahre // Monthly fee for people up to 69 years
EDUCARE24 L	<input type="checkbox"/> 41€	Monatlicher Beitrag für Personen bis 39 Jahre // Monthly fee for people up to 39 years	<input type="checkbox"/> 69€	Monatlicher Beitrag für Personen bis 69 Jahre // Monthly fee for people up to 69 years
EDUCARE24 XL	<input type="checkbox"/> 59€	Monatlicher Beitrag für Personen bis 39 Jahre // Monthly fee for people up to 39 years	<input type="checkbox"/> 83€	Monatlicher Beitrag für Personen bis 69 Jahre // Monthly fee for people up to 69 years

Zahlungsweise // Payment

Monatliche Zahlung durch SEPA-Lastschriftmandat von folgendem Konto: // Monthly payment by SEPA direct debit mandate to the following account:

Einmalzahlung durch SEPA-Lastschriftmandat von folgendem Konto: // Single payment in one sum by SEPA direct debit mandate to the following account:

IBAN BIC

Ich ermächtige die DR-WALTER GmbH (Eisenerzstraße 34, 53819 Neunkirchen-Seelscheid, Deutschland; Gläubiger-Identifikationsnummer DE76ZZ00000887121; 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.

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.

I hereby authorize DR-WALTER GmbH (Eisenerzstrasse 34, 53819 Neunkirchen-Seelscheid, Germany; Creditor Identifier DE76ZZ00000887121; 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.

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.

Kontoinhaber (Vorname, Nachname) // Account holder (first name, family name) | Unterschrift des Kontoinhabers // Signature of account holder

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

Der Versicherungsschutz besteht, ordnungsgemäße Zahlung vorausgesetzt, ab dem beantragten Zeitpunkt, jedoch frühestens ab Eingang des Antrages bei der DR-WALTER GmbH.

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

Ich beantrage Versicherungsschutz nach Maßgabe der beiliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Provided the appropriate premium has been paid, insurance cover shall commence on the date applied for but not before DR-WALTER GmbH has received this application.

Please see the final declarations and important legally binding information on the following page before you sign this application. These details are integral parts of the contract. With your signature, you agree to the final declarations as an element of the contract.

I wish to purchase insurance coverage according to the enclosed general insurance conditions.

Ort, Datum // Date, Place | Unterschrift des Antragstellers // Signature of 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.

Vertragspartner

Für dieses Versicherungsprodukt arbeitet die DR-WALTER GmbH mit ausgewählten, renommierten Versicherungsgesellschaften zusammen.

Den Versicherungsschutz für die Krankenversicherung gewährt die: Generali Deutschland Krankenversicherung AG, Hansaring 40-50, 50670 Köln. Sitz: München, Amtsgericht München HRB 257065

Den Versicherungsschutz für die Unfall- und Haftpflichtversicherung sowie die Abschiebekostenversicherung gewährt die: Dialog Versicherung AG, Adenauerring 7, 81737 München. Sitz: München, Amtsgericht München, HRB 234855

Vertragsgrundlagen

Das Produkt EDUCARE24 setzt sich aus einer Versicherungskombination aus rechtlich unabhängigen Versicherungsverträgen zusammen, die exklusiv über die DR-WALTER GmbH bzw. deren Vertriebspartner angeboten werden.

Der Krankenversicherung liegen die Allgemeinen Versicherungsbedingungen Tarif A124 (AVB A124 2018) der Generali Deutschland Krankenversicherung AG (vormals Central Krankenversicherung AG Köln) zugrunde.

Für die Haftpflicht- und Abschiebekostenversicherung gelten die Allgemeinen Haftpflicht-Versicherungsbedingungen (AHB 2008) sowie die besonderen Haftpflicht-Versicherungsbedingungen A124 (2008) der Dialog Versicherung AG (vormals Generali Versicherung AG).

Für die Unfallversicherung gelten die Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB 2008) sowie die besonderen Unfall-Versicherungsbedingungen A124 (2008) der Dialog Versicherung AG (vormals Generali Versicherung AG).

Auf das Versicherungsverhältnis findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung. Die für Beschwerden zuständige Aufsichtsbehörde ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn.

Darüber hinaus können Sie sich bei Beschwerden auch an einen außergerichtlichen Streitschlichter wenden:

- bei Beschwerden zum Thema Krankenversicherung an den Ombudsmann für die Private Kranken- und Pflegeversicherung, Postfach 060222, 10052 Berlin;
- 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.

Zusammensetzung der Versicherungsprämie:

Der monatliche Beitrag setzt sich wie folgt aus Krankenversicherungsbeitrag (Anteil KV) und Haftpflicht-/Unfallversicherungsbeitrag (Anteil HU) zusammen (in €):

EDUCARE24 S	Beitrag	Anteil KV	Anteil HU
Personen bis 39 Jahre	33	33	0
Ab dem 19. Monat	50	50	0
Personen bis 69 Jahre	54	54	0
Ab dem 19. Monat	110	110	0
EDUCARE24 M			
Personen bis 39 Jahre	37	33	4
Ab dem 19. Monat	54	50	4
Personen bis 69 Jahre	58	54	4
Ab dem 19. Monat	114	110	4
EDUCARE24 L			
Personen bis 39 Jahre	41	37	4
Ab dem 19. Monat	59	55	4
Personen bis 69 Jahre	69	65	4
Ab dem 19. Monat	120	116	4
EDUCARE24 XL			
Personen bis 39 Jahre	59	55	4
Ab dem 19. Monat	85	81	4
Personen bis 69 Jahre	83	79	4
Ab dem 19. Monat	130	126	4

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:

Generali Deutschland Krankenversicherung AG, Dialog Versicherung AG
c/o DR-WALTER GmbH
Eisenerzstraße 34
53819 Neunkirchen-Seelscheid
T +49(0)2247 9194-0, F +49(0)2247 9194-40, info@dr-walter.com

Kontakt

Bitte wenden Sie sich bei allen Fragen zur Vertrags- und Leistungsabwicklung an unser Büro:

DR-WALTER GmbH
Eisenerzstraße 34
53819 Neunkirchen-Seelscheid
Registriergericht Siegburg HRB 4701
Geschäftsführer: Dipl.-Kfm. Reinhard Bellinghausen (CEO), Angelika V. Kolmer (COO)
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 www.educare24.de

Consent clause

I consent to the insurers and DR-WALTER GmbH as far as it serves the duly accomplishment of my insurance matters to record general contract data, contribution data and insurance cases in data pools. General data may also be transmitted to the agency where the insurance was purchased.

Contract partners

With respect to this insurance product, DR-WALTER GmbH works together with selected, renowned insurance companies.

Insurance coverage for health insurance is provided by:
Generali Deutschland Krankenversicherung AG, Hansaring 40-50, 50670 Cologne.
Registered office: Munich, Amtsgericht München HRB 257065 (Registration Court)

Insurance coverage for accident insurance, liability insurance and deportation costs insurance is provided by:
Dialog Versicherung AG, Adenauerring 7, 81737 München
Registered office: Munich, Amtsgericht München HRB 234855 (Registration Court)

Contract basis

EDUCARE24 is a combination of legally independent insurance contracts exclusively sold by DR-WALTER GmbH and its partners.

The health insurance policy is based on the General Insurance Conditions Tarif A124 (AVB A124 2018) of Generali Deutschland Krankenversicherung AG (formerly Central Krankenversicherung AG Köln).

The liability insurance policy and the deportation costs insurance policy are based on the General Liability Insurance Conditions (AHB 2008) and the Special Liability Insurance Conditions A124 (2008) of Dialog Versicherung AG (formerly Generali Versicherung AG).

The accident insurance policy is based on the General Accident Insurance Conditions (AUB 2008) and the Special Accident Insurance Conditions A124 (2008) of Dialog Versicherung AG (formerly Generali Versicherung AG).

The insurance policy is governed by German Law. In case of appeal, the responsible supervisory authority is the Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (Federal Financial Supervisory Authority), Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn.

In case of appeal, you are furthermore entitled to apply to an extra-judicial arbitrator:

- If you have any complaints regarding health insurance topics, please direct them to the ombudsman for private health and long term care insurance:
Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung, Postfach 060222, 10052 Berlin.
- Please direct all other complaints to the insurance ombudsman: Versicherungs-Ombudsmann e. V., Postfach 080632, 10006 Berlin.

The ombudsman is both extra-judicial arbitrator for the settlement of disputes regarding insurance contracts with consumers and for the settlement of disputes between insurance brokers and insured persons. His decisions are not binding for the insurer. The possibility of initiating legal proceedings remains unaffected.

Portions of insurance fee:

The total monthly fee is divided into a health insurance fee (HI portion) and a liability and accident insurance fee (L&A portion) according to the following overview (in €):

EDUCARE24 S	Fee	HI portion	L&A portion
People up to 39 years	33	33	0
As of month 19	50	50	0
People up to 69 years	54	54	0
As of month 19	110	110	0
EDUCARE24 M			
People up to 39 years	37	33	4
As of month 19	54	50	4
People up to 69 years	58	54	4
As of month 19	114	110	4
EDUCARE24 L			
People up to 39 years	41	37	4
As of month 19	59	55	4
People up to 69 years	69	65	4
As of month 19	120	116	4
EDUCARE24 XL			
People up to 39 years	59	55	4
As of month 19	85	81	4
People up to 69 years	83	79	4
As of month 19	130	126	4

Right of revocation

You can revoke your contractual declaration in writing (e. g. letter, fax, email) 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:

Generali Deutschland Krankenversicherung AG, Dialog Versicherung AG
c/o DR-WALTER GmbH
Eisenerzstraße 34
53819 Neunkirchen-Seelscheid, Germany
T +49(0)2247 9194-0, F +49(0)2247 9194-40, info@dr-walter.com

Contact

For any questions regarding contract and claims handling, please contact our office:

DR-WALTER GmbH
Eisenerzstraße 34
53819 Neunkirchen-Seelscheid, Germany
Registriergericht Siegburg (Registration Court) HRB 4701
Managing Directors: Dipl.-Kfm. Reinhard Bellinghausen (CEO), Angelika V. Kolmer (COO)
Bank account at 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 www.educare24.de