

Antrag für Europ Assistance Reiserücktrittsversicherung ohne SB – Einmalschutz der Europ Assistance Versicherungs-AG

1. Vermittler	
Name ACE Auto Club Europa	Vermittlernummer 22503002

2. Versicherungsnehmer/Antragsteller			
Name:	Vorname:	männlich	weiblich
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitgliedsnummer:	Geburtsdatum:		
Straße/Nr.:	PLZ:	Ort:	
Tel.:	E-Mail:		

3. Weitere versicherte Personen				
Name:	Vorname:	Geburtsdatum:	männlich	weiblich
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Reisebeginn

4. Buchungsdatum

5. Prämien						
Reisepreis in EUR	Single		Paar		Familie	
	bis 64 J.	ab 65 J.	bis 64 J.	ab 65 J.	bis 64 J.	ab 65 J.
€ 1.000,00	<input type="checkbox"/> € 41,00	<input type="checkbox"/> € 45,00	<input type="checkbox"/> € 45,00	<input type="checkbox"/> € 48,00	<input type="checkbox"/> € 48,00	<input type="checkbox"/> € 53,00
€ 5.000,00	<input type="checkbox"/> € 189,00	<input type="checkbox"/> € 239,00	<input type="checkbox"/> € 195,00	<input type="checkbox"/> € 279,00	<input type="checkbox"/> € 205,00	<input type="checkbox"/> € 299,00
€ 10.000,00	<input type="checkbox"/> € 399,00	<input type="checkbox"/> € 449,00	<input type="checkbox"/> € 454,00	<input type="checkbox"/> € 549,00	<input type="checkbox"/> € 479,00	<input type="checkbox"/> € 572,00
Ihr gewünschter Versicherungsschutz ist nicht dabei? Dann tragen Sie ihn hier bitte ein:						
Ihre Versicherungssumme						
Ihr Betrag						

6. SEPA-Lastschriftmandat
Kreditinstitut:
IBAN:
DE
Unterschrift des Zahlers:
Einmalige Zahlung (Einmalschutz) Ich ermächtige die Europ Assistance Versicherungs-AG, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Europ Assistance auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen. Hinweis: Sie können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit Ihrem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Widerrufsbelehrung
Widerrufsrecht 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 Absatz 1 Satz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs in Verbindung mit Artikel 246 § 3 des Einführungsgesetzes zum Bürgerlichen Gesetzbuche. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: Europ Assistance Versicherungs-AG, Adenauerring 9, 81737 München. Bei einem Widerruf per Telefax oder E-Mail ist der Widerruf an die Faxnummer 089 55987-177 oder an die E-Mailadresse: storno@europ-assistance.de zu richten.
Widerrufsfolgen 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 einbehalten. 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. Ihre Europ Assistance Versicherungs-AG

Schlusserklärung:
 Ich habe die Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die Kundeninformation, die Produktinformation sowie Datenschutzeinwilligung und -information der Europ Assistance Versicherungs-AG erhalten und zur Kenntnis genommen. Ich stimme der Geltung der genannten Bedingungen und der beschriebenen Verwendung meiner Daten zu.

7. Unterschrift des Antragstellers/Bevollmächtigten	
Ort/Datum:	Unterschrift