

Ihr Ansprechpartner der HanseMerkur Versicherungsgruppe

HanseMerkur Geschäftsstelle Daniel Weist

Raderberger Str. 202, 50968 Köln

Tel. 0221 96266503, Fax 0221 96266168, E-Mail: info@hm-d-weist.de

Website: www.hm-d-weist.de



ADVIGON

Anmeldung zur Krankenversicherung

auf der Grundlage der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Reise-Krankenversicherung nach Tarif ADAKV110 04.18

Folgende Personen sollen versichert werden ab: für die Dauer von: Monaten Reisegrund: Wissenschaft, Forschung, Lehre
(Versicherungsbeginn)

Versicherte Personen: (bitte bei handschriftlichen Angaben zweifelsfrei lesbar in Druckschrift schreiben)

Lfd. Nr.	Name, Vorname	Geschlecht	Geburtsdatum	Heimatland	Datum der Einreise in Deutschland	Falls vorhanden, vorherige Versicherung in Deutschland	
						von - bis	bei
1							
2							
3							
4							
5							

ADV Basic Reise-Krankenversicherung Incoming bis zu 5 Jahre: 75,- EUR je Person und Monat (Code 52309)

ADV Profi (inkl. Entbindungskosten) Reise-Krankenversicherung Incoming bis zu 5 Jahre: 190,- EUR je Person und Monat (Code 52310)

für folgende Person:

Straße, Hausnummer PLZ Wohnort

E-Mail

Datum, Unterschrift

SEPA-Mandatserteilung

Kontoinhaber/Zahlungsgläubiger
HanseMerkur Geschäftsstelle
Daniel Weist
Raderberger Str. 202,
50968 Köln
Gläubiger-Identifikationsnummer:
DE13ZZ200001856897

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die HanseMerkur Geschäftsstelle Daniel Weist zugunsten der im Antrag genannten HanseMerkur Versicherungsgesellschaften Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschriften einzuziehen. Zugleich weise ich meinen/weisen wir unseren Zahlungsdienstleister an, die von der HanseMerkur Geschäftsstelle Daniel Weist auf mein/unser Konto gezogene Lastschriften einzulösen.
Hinweis: Ich kann/wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Zahlungsdienstleister vereinbarten Bedingungen.

SEPA-Lastschriftmandat für mehrmalige SEPA-Basislastschriften

Name, Vorname des/der Beitragszahler/s

Straße/Hausnummer PLZ Wohnort

IBAN

BIC Zahlungsdienstleister/Name Geldinstitut

Ort, Datum Unterschrift(en) der/des Beitragszahler(s)