

Ihr Ansprechpartner der HanseMerkur Versicherungsgruppe

## HanseMerkur Geschäftsstelle Daniel Weist

Neuenhöfer Allee 49, 50935 Köln

Tel. 02421 4808666, Fax 02421 4808698, E-Mail: info@hm-d-weist.de

Website: www.hm-d-weist.de

# Anmeldung zur Krankenversicherung

auf der Grundlage der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Reise-Krankenversicherung

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							

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

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  
Neuenhöfer Allee 49, 50935 Köln  
Gläubiger-Identifikationsnummer:  
DE13ZZZ00001856897

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