

Anmeldung zum Versicherungsschutz nach Tarif VSApplus/ Versicherungsschein

Konditionen gültig bis 31.12.2014



HALLESCHER-Vermittlernummer 620394 Helbich GmbH	HALLESCHER-Eingangsstempel	HALLESCHER-Versicherungsnummer
---	----------------------------	--------------------------------

Zu versichernde Person (Versicherungsnehmer)¹

Zuname		
Vorname		
Geburtsdatum	Geschlecht	ständiger Wohnsitz (Land)
Straße/Nr.		
PLZ	Ort	
Telefonisch ² in Deutschland erreichbar unter		

c/o-Adresse des Gastgebers bei Tarif VSApplus 2

Zuname	
Vorname	
Geschlecht	
Straße/Nr.	
PLZ	Ort
<small>1 Bitte unbedingt Adresse in Deutschland angeben, da sonst kein Versicherungsschutz gewährt werden kann. 2 Diese Angabe ist freiwillig.</small>	

Gewünschter Tarif

<input type="checkbox"/> VSApplus 1 (Aufenthalt im Ausland) Mindestvertragsdauer: 9 Wochen Reiseziel <input type="checkbox"/> USA (auch nur zeitweise) <input type="checkbox"/> Sonstige	<input type="checkbox"/> VSApplus 2 (Aufenthalt in Deutschland) Mindestvertragsdauer: 2 Wochen Bitte unbedingt Adresse in Deutschland (Name und Adresse des in Deutschland ansässigen Gastgebers) angeben, da sonst kein Versicherungsschutz gewährt werden kann.
---	--

Vertragsdauer

Falls für einzelne Personen Beginn und Ende der Reise abweichen, stellen Sie bitte eine separate Anmeldung

Versicherungsbeginn (frühestens Absendetag)	Tag/Monat/Jahr	Versicherungsende	Tag/Monat/Jahr	Vertragsdauer	Wochen
---	----------------	-------------------	----------------	---------------	--------

Mitversichernde Personen

Beitrag des Versicherungsnehmers (Bitte Beiträge für volle Wochen berechnen)

				Beitrag €
Zuname (nur falls abweichend vom Versicherungsnehmer)	Vorname	Geburtsdatum	Geschlecht	Beitrag €
Zuname	Vorname	Geburtsdatum	Geschlecht	Beitrag €
Zuname	Vorname	Geburtsdatum	Geschlecht	Beitrag €
Zuname	Vorname	Geburtsdatum	Geschlecht	Beitrag €
Zuname	Vorname	Geburtsdatum	Geschlecht	Beitrag €
Zuname	Vorname	Geburtsdatum	Geschlecht	Beitrag €
				Gesamtbeitrag €

SEPA-Lastschriftmandat

Um am Lastschriftverfahren teilnehmen zu können, reichen Sie das beigefügte SEPA-Lastschriftmandat vollständig ausgefüllt und unterschrieben mit der Anmeldung bei uns ein.

Weitere Angaben auf dem nächsten Blatt >>

Fortsetzung der Angaben für Versicherungsnehmer:

Zuname	Vorname	
Straße/Nr.	PLZ	Ort

Wichtige Hinweise für den Anmeldenden und Vermittler

Versicherungsfähig sind im Tarif VSAPlus 1 Personen mit ständigem Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland bei einem vorübergehenden Aufenthalt im Ausland (vgl. § 2 Abs. 1 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen), im Tarif VSAPlus 2 Personen mit einem ständigen Wohnsitz außerhalb der Bundesrepublik Deutschland bei einem vorübergehenden Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland (vgl. § 2 Abs. 2 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen). **Die Beiträge werden im Lastschriftverfahren eingezogen. Andere Zahlungsarten sind nicht möglich.** Wird ein SEPA-Lastschriftmandat erteilt, gilt der Beitrag mit Zugang des SEPA-Lastschriftmandats beim Versicherer gemäß § 3 Abs. 1 und 2 und § 4 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen als gezahlt, sofern die Lastschrift vom Geldinstitut bei Vorlage eingelöst wird.

Bitte prüfen Sie, ob die Angaben, die Sie oder Ihr Vermittler in der Anmeldung gemacht haben, zutreffen und vollständig sind. Lesen Sie bitte auch die Hinweise und Erklärungen auf den folgenden Seiten. Sie sind wichtiger Bestandteil des Vertrages. Mit Ihrer Unterschrift werden die Erklärungen zum Inhalt der Anmeldung. Des Weiteren stimmen Sie zu, dass der Versicherungsschutz ggf. schon vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt.

Ihre Vertragserklärung können Sie innerhalb von zwei Wochen widerrufen, siehe den ausführlichen Hinweis auf der folgenden Seite.

Ort/Datum	Unterschriften aller übrigen mitzuversichernden Personen ab 18 Jahre bezogen auf alle obigen Erklärungen
Unterschrift des Versicherungsnehmers - ggf. als gesetzlicher Vertreter mitzuversichernder Personen	

Datenschutzerklärung

Die nachfolgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Prüfung der Anmeldung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages in der HALLESCHE unentbehrlich. **Sämtliche Erklärungen finden Sie im Volltext auf den folgenden Seiten. Wir bitten Sie, diese vor Ihrer Unterschrift genau zu lesen.**

- I. Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung
 1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die HALLESCHE Krankenversicherung
 2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten
 - 2.1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht
 - 2.2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes
 3. Weitergabe von Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der HALLESCHE Krankenversicherung
 - 3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung
 - 3.2. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)
 - 3.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen
 - 3.4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler
 4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Hiermit bestätige ich, dass ich sämtliche Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen erhalten und zur Kenntnis genommen habe. Mit meiner Unterschrift werden die Erklärungen zum Inhalt der Anmeldung.

Ort/Datum	Unterschrift des Versicherungsnehmers
Unterschrift mitversicherte Personen (sofern nicht gesetzlich vertreten)	Unterschrift gesetzlich vertretene Person (bei Vorliegen der erforderlichen Einsichtsfähigkeit, frühestens ab Vollendung des 16. Lebensjahres) oder Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

Versicherungsschein

Für die oben genannten Personen besteht bei Zustandekommen des Vertrags Versicherungsschutz nach Tarif VSAPlus gemäß den gültigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Der Vorstand

Dr. Walter Botermann

Wiltrud Pekarek

Vermittlernummer: 620394

HELBICH GMBH, Adelheid Helbich

Versicherungsfachfrau/Actuary, BWV

BREITSCHEIDSTRASSE 2 A, 63477 MAINTAL, GERMANY

PHONE: +49-6181-43816-80, FAX: +49-6181-43816-81

H A M B U R G - H R B 5 3 7 5 3

§34D ABS. 1 GEWO IHK HH:D-OFKI-WHE31-81

HALLESCHE
Krankenversicherung
auf Gegenseitigkeit
70166 Stuttgart

Gläubiger-Identifikationsnummer DE89ZZZ00000031444

Mandatsreferenz »wird nachgeliefert«

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die HALLESCHE Krankenversicherung a. G., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der HALLESCHE Krankenversicherung a. G. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Die HALLESCHE Krankenversicherung a. G. wird spätestens 6 Kalendertage vor der Fälligkeit der Zahlung den Lastschrifteinzug ankündigen. Bei wiederkehrenden Lastschriften mit gleichen bzw. feststehenden Lastschriftbeträgen genügen eine einmalige Unterrichtung vor dem ersten Lastschrifteinzug und die Angabe der Fälligkeitstermine.

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.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich ferner, über das genannte Konto (auch) allein verfügungsberechtigt zu sein.

Vorname und Zuname (Kontoinhaber)	Geburtsdatum
-----------------------------------	--------------

Straße und Hausnummer	Postleitzahl und Ort
-----------------------	----------------------

Zustelladresse (nur falls abweichend):

Straße und Hausnummer bzw. Postfach	Postleitzahl und Ort
-------------------------------------	----------------------

Kreditinstitut (Name und BIC)

IBAN

Bei Neuantrag/-anmeldung: Dieses SEPA-Lastschriftmandat ist mit dem Zeitpunkt der Abgabe der Unterschrift gültig.

Bei bestehendem Versicherungsvertrag:
Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt ab

Gültigkeitsbeginn

(Sofern kein abweichender Gültigkeitsbeginn eingetragen wird, gilt das SEPA-Lastschriftmandat mit dem Zeitpunkt der Abgabe der Unterschrift.)

Ort/Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

Bitte immer ausfüllen: Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für den Versicherungsvertrag der HALLESCHE Krankenversicherung a. G. mit folgendem Versicherungsnehmer/Hauptversicherten:

Vorname und Zuname (Versicherungsnehmer/Hauptversicherter)
--

Geburtsdatum

Straße/Hausnummer, Postleitzahl und Ort

Versicherungsnummer (falls bekannt)
