

PRÄMIENZAHLUNG

Ich bezahle die Prämie jetzt mit dem beiliegenden Scheck

Ich möchte mit meiner Kreditkarte bezahlen:

American Express

Visa

Eurocard / Mastercard

JCB

Diners

Kreditkartennummer

Ablaufdatum (M/J) CVC-Code*

*CVC-Code: Die letzten drei/vier Ziffern nach der Kreditkartennummer auf der Rückseite der Karte oder die letzten drei Ziffern im Unterschriftsfeld.

Falls der Eigentümer der Kreditkarte nicht der Versicherungsnehmer ist, bitte hier angeben:

Name(n)

Nachname(n)

Adresse

Postleitzahl Stadt

Land

Unterschrift des Eigentümers der Kreditkarte _____ **Datum** _____

JAHRESREISE

Ausserdem ermächtige ich Bupa Denmark, filial af Bupa Insurance Limited, England, bis auf schriftlichen Widerruf, jeweils bei Zahlungsfrist meiner Prämie, die entsprechenden Beträge meiner Kreditkarte zu belasten. Die Gesellschaft wird mich jeweils im voraus über Prämienanpassungen informieren.

Unterschrift des Eigentümers der Kreditkarte _____ **Datum** _____

ANDERE KRANKENVERSICHERUNGEN

Verfügen Sie über einen anderen Versicherungsvertrag?

JA, bei Bupa Global

JA, bei einer anderen Gesellschaft

NEIN

Wenn JA, bei welcher Gesellschaft?

Name der Gesellschaft

Policennummer

ADRESSE IM LAND IN WELCHEM SIE IHRE STÄNDIGE WOHNADRESSE HABEN

Postadresse

Postleitzahl Stadt

Land

Telefon

Mobiltlf.

Fax

E-mail

UNTERSCHRIFT

Ich, der Unterzeichnete, bin damit einverstanden, dass Worldwide Travel Options zwar bei akuter Erkrankung oder Verletzung Deckung bietet, jedoch nicht bei Umständen, die schon vor dem Inkrafttreten der Versicherung bestanden haben, und auch nicht bei Krankheiten oder Gegebenheiten, die mit derartigen, bereits vorhandenen Umständen in Zusammenhang stehen. Ich/wir ermächtige/n Bupa Denmark, filial af Bupa Insurance Limited, England, von den behandelnden Ärzten und Krankenhäusern Informationen zum Gesundheitszustand zu verlangen, wie sie dies als erforderlich ansieht.

I, the undersigned, agree that Worldwide Travel Options covers in the event of acute illness or accident, but that it does not cover pre-existing conditions which have come into existence before the insurance became effective, nor does it cover illnesses or other conditions related to such pre-existing conditions. I/We hereby give Bupa Denmark, filial af Bupa Insurance Limited, England permission to seek such information from doctors and hospitals concerning state of health as the Company deems necessary.

Datum _____ **Unterschrift des Versicherungsnehmers** _____