

**Anmeldung zur AIDWORKER-Versicherung AW24-DR für Dienstreisen //***Application for AIDWORKER insurance AW24-DR for business trips*

Feld für besondere Vermerke // <i>Space for special notices</i>	Ausgebende Organisation // <i>Issuing organisation</i>	Versicherungsnummer (wird bei Eingang vergeben) // <i>policy no. (to be indicated after application)</i>
---	--	--

**Antragsteller // Applicant**Entsende-/Trägerorganisation // *Sending/Supporting Organization*

<input type="checkbox"/> Frau // <i>Ms</i>	<input type="checkbox"/> Herr // <i>Mr</i>	Vorname // <i>First name</i>	Nachname // <i>Family name</i>
--	--	------------------------------	--------------------------------

Straße, Hausnummer, ggf. c/o // <i>Street, street number, if needed c/o</i>	PLZ // <i>Postal code</i>	Ort // <i>City</i>
---	---------------------------	--------------------

Telefon // <i>Telephone</i>	Fax	E-Mail
-----------------------------	-----	--------

**Folgende Person soll versichert werden // The following person shall be insured**

<input type="checkbox"/> Frau // <i>Ms</i>	<input type="checkbox"/> Herr // <i>Mr</i>	Vorname // <i>First name</i>	Nachname // <i>Family name</i>
--	--	------------------------------	--------------------------------

Geburtsdatum // <i>Date of birth</i>	Heimatland // <i>Home country</i>
--------------------------------------	-----------------------------------

Art der Tätigkeit // *Type of assignment*Versicherungsbeginn // *Start of travel insurance***Ich wähle folgenden Versicherungsschutz // I choose the following insurance coverage**

<input type="checkbox"/> AW24-DR	<b>Auslandskrankenversicherung</b> für alle Dienstreisen innerhalb eines Versicherungsjahres von jeweils maximal 42 Tage Dauer <b>10 € pro Person und Jahr</b>	<b>Overseas health insurance</b> for all business trips within one insurance year each lasting a maximum of 42 days <b>€ 10 per person per year</b>
----------------------------------	---	--

**Zahlungsweise // Payment**
 jährliche Zahlung durch SEPA Lastschriftmandat von folgendem Konto: // *Yearly payment by SEPA direct debit mandate to the following account:*

IBAN	BIC
------	-----

Ich ermächtige die DR-WALTER GmbH (Eisenerzstraße 34, 53819 Neunkirchen-Seelscheid, Germany; Gläubiger-Identifikationsnummer DE76ZZZ00000887121; Mandatsreferenz: Versicherungsnummer) Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich das Kreditinstitut an, die von der DR-WALTER GmbH auf mein/ unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/ unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

I hereby authorize DR-WALTER GmbH (Eisenerzstrasse 34, 53819 Neunkirchen-Seelscheid, Germany; Creditor Identifier DE76ZZZ00000887121; Mandate reference: insurance policy number) to collect payments from my/our bank account by direct debit. I also instruct my bank to pay the direct debits drawn by DR-WALTER GmbH from my/our account.

Note: I am entitled to demand the refund of the debited amount within eight weeks from the debit date. The terms and conditions agreed with my/our bank shall apply.

Kontoinhaber (Vorname, Nachname) // <i>Account holder (first name, family name)</i>	Unterschrift des Kontoinhabers // <i>Signature of account holder</i>
---	--

<input type="checkbox"/> Überweisung nach Rechnungsstellung auf das Konto der DR-WALTER GmbH, Postbank Köln, BIC: PBNKDEFF, IBAN: DE03 3701 0050 0212 0765 00 //	<i>Invoice to pay by bank transfer to DR-WALTER GmbH, Postbank Köln, BIC: PBNKDEFF, IBAN: DE03 3701 0050 0212 0765 00</i>
--	---

**Wichtiger Hinweis und Unterschrift // Important note and signature**

Ich beantrage Versicherungsschutz nach Maßgabe der beiliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen. // *I wish to purchase insurance coverage according to the enclosed general insurance conditions.*

Ort, Datum // <i>Date, Place</i>	Unterschrift des Antragstellers // <i>Signature of applicant</i>
----------------------------------	--

# Schlusserklärung des Antragstellers und der zu versichernden Person sowie weitere wichtige Hinweise // Final declaration of the applicant and the person to be insured as well as other important legally binding information

## Ermächtigung zur Datenübermittlung

Ich willige ein, dass die Versicherer und die DR-WALTER GmbH, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient, allgemeine Vertrags-, Abrechnungs- und Leistungsdaten in Datensammlungen führen. Die allgemeinen Vertrags- und Abrechnungsdaten können außerdem an die vermittelnde Agentur weitergegeben werden.

## Vertragspartner

Für dieses Versicherungsprodukt arbeitet die DR-WALTER GmbH mit einer ausgewählten, renommierten Versicherungsgesellschaft zusammen:

- Den Versicherungsschutz für die Krankenversicherung gewährt die: Generali Deutschland Krankenversicherung AG, Hansaring 40-50, 50670 Köln. Sitz: München, Amtsgericht München HRB 257065

## Vertragsgrundlagen

Das Produkt AW24-DR wird exklusiv über die DR-WALTER GmbH bzw. deren Vertriebspartner angeboten.

### Der gesamte verbindliche Inhalt ergibt sich aus

- dem Tarifblatt „AIDWORKER24-DR“ (AW24-DR) in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die kurzfristige Auslandsreise-Krankenversicherung 2010 (AVB ARK 2010) der Generali Deutschland Krankenversicherung AG
- dem Versicherungsschein
- der Beitrittserklärung zum Gruppenvertrag
- ggf. weiteren schriftlichen Vereinbarungen

Sämtliche Informationen finden Sie in der beiliegenden Verbraucherinformation Freiwillige sowie auf [www.aidworker.de](http://www.aidworker.de).

## Zusammensetzung der Versicherungsprämie:

Der Beitrag beträgt 10€ pro Person und Jahr.

## Widerrufsbelehrung

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von zwei Wochen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, wenn Ihnen der Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich unserer Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die Kundeninformation (Information gemäß § 7 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes) und diese Belehrung zugegangen sind.

Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

### Ihren Widerruf richten Sie an:

Generali Deutschland Krankenversicherung AG  
c/o DR-WALTER GmbH  
Postadresse:  
Eisenerzstraße 34  
53819 Neunkirchen-Seelscheid  
Fax: +49(0)2247 9194-40  
E-Mail: [vertrag@dr-walter.com](mailto:vertrag@dr-walter.com)

## Kontakt

Bitte wenden Sie sich bei Fragen zur Vertrags- und Leistungsabwicklung an unser Büro:

**DR-WALTER GmbH**  
Eisenerzstraße 34  
53819 Neunkirchen-Seelscheid  
Registergericht Siegburg HRB 4701  
Geschäftsführer: Dipl.-Kfm. Reinhard Bellinghausen  
Postbank Köln  
IBAN: DE 03 3701 0050 0212 0765 00, BIC: PBNKDEFF  
T +49(0)2247 9194-0  
F +49(0)2247 9194-40  
[www.dr-walter.com](http://www.dr-walter.com)  
[info@dr-walter.com](mailto:info@dr-walter.com)  
[www.aidworker.de](http://www.aidworker.de)

## Consent clause

I consent to the insurers and DR-WALTER GmbH as far as it serves the duly accomplishment of my insurance matters to record general contract data, contribution data and insurance cases in data pools. General data may also be transmitted to the agency where the insurance was purchased.

## Contract partners

With respect to this insurance product, DR-WALTER GmbH works together with a selected, renowned insurance company.

- Insurance coverage for health insurance is provided by: Generali Deutschland Krankenversicherung AG, Hansaring 40-50, 50670 Köln. Registered office: Munich; Amtsgericht München HRB 257065 (Registration Court)

## Contract basis

The product AW24-DR is exclusively sold by DR-WALTER GmbH and its partners.

### The complete and binding content is indicated by

- the AIDWORKER24 (AW24) tariff sheet in conjunction with the General conditions of insurance for short-term Overseas Health Costs Insurance 2010 (AVB-ARK 2010) of Generali Deutschland Krankenversicherung AG
- the certificate of insurance
- the Declaration of entry to the group policy
- when indicated further written agreements

The complete information on the policies mentioned can be found in the attached "Consumer Information Volunteers" or at [www.aidworker.de](http://www.aidworker.de).

## Portions of insurance fee:

The premium is € 10 per person per year.

## Right of revocation

You may revoke your application without indicating reasons by regular mail, fax, e-mail, within 14 days of concluding the contract. To adhere to this time limit, it is sufficient to send your declaration in good time.

### Please send you declaration to:

Generali Deutschland Krankenversicherung AG  
c/o DR-WALTER GmbH  
Postal address:  
Eisenerzstrasse 34  
53819 Neunkirchen-Seelscheid  
Germany  
Fax: +49 (0) 2247 9194-40  
E-Mail: [vertrag@dr-walter.com](mailto:vertrag@dr-walter.com)

## Contact

For any questions regarding contract and claims handling, please contact our office:

**DR-WALTER GmbH**  
Eisenerzstrasse 34  
53819 Neunkirchen-Seelscheid  
Germany  
Registergericht Siegburg (Registration Court) HRB 4701  
Executive Manager: Dipl.-Kfm. Reinhard Bellinghausen  
Bank account at Postbank Köln  
IBAN: DE 03 3701 0050 0212 0765 00, BIC: PBNKDEFF  
T +49 (0) 2247 9194 -0  
F +49 (0) 2247 9194 -40  
[www.dr-walter.com](http://www.dr-walter.com)  
[info@dr-walter.com](mailto:info@dr-walter.com)  
[www.aidworker.de](http://www.aidworker.de)