AIDWORKER

DR-WALTER

Anmeldung zur AIDWORKER-Versicherung für Fachkräfte, Missionare und andere Helfer (Einzelanmeldung) //

Application for AIDWORKER Insurance for specialists, missionaries and other helpers (individual application)

Feld für besondere Vermerke // *Space for special notices*	Versicherungsnummer (wird bei Eingang vergeben) // *policy no. (to be indicated after application)*

Antragsteller // *Applicant*

☐ Frau // *Ms* ☐ Herr // *Mr*	Vorname // *First name*	Nachname // *Family name*
Straße, Hausnummer, ggf. c/o // *Street, street number, if needed c/o*	PLZ // *Postal code*	Ort // *City*
Telefon // *Telephone*	Fax	E-Mail

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

☐ Frau // *Ms* ☐ Herr // *Mr*	Vorname // *First name*	Nachname // *Family name*
Geburtsdatum // *Date of birth*	Heimatland // *Home country*	Art der Tätigkeit // *Type of assignment*

Reise- und Versicherungsdaten // *Travel and insurance data*

Reise- und Versicherungsbeginn // *Start of travel and travel insurance*	Reise- und Versicherungsende // *End of travel and travel insurance*	Aufenthaltsland // *Travel destination*

Bitte beachten Sie: Die Versicherung kann nur vor Ausreise und nur für die gesamte Zeit des Auslandsaufenthaltes abgeschlossen werden. Der Abschluss dieser Versicherung ist nur möglich, wenn mit Ihrer Organisation eine Rahmenvereinbarung abgeschlossen wurde. Sollte eine Ausnahmeregelung bestehen, tragen Sie bitte einen Hinweis im Feld für besondere Vermerke auf der Anmeldung ein.

Please note: *Insurance can only be purchased prior to the start of the trip and only for the entire duration of the stay abroad. You can only purchase this insurance policy if your organization has concluded a framework agreement with us. In case of an exemption clause, please make a note in the field for special notes on the registration form.*

Ich wähle folgenden Versicherungsschutz // *I choose the following insurance coverage*

Versicherungspaket für Personen die für einen begrenzten Zeitraum im Rahmen der Entwicklungszusammenarbeit ins Ausland gehen, bestehend aus den folgenden Komponenten:

Insurance plan for people traveling abroad for a limited time as part of a development cooperation, consisting of the following elements:

	Krankenversicherung	*Health insurance*
☐ **AW24**	Auslandskrankenversicherung bis 24 Monate **1,35 € pro Tag/Person** Eintrittsalter bis 29 Jahre (bis zum 30. Geb.) **1,95 € pro Tag/Person** Eintrittsalter ab 30 Jahre (ab dem 30. Geb.)	*International Health Insurance up to 24 months* ***€ 1.35 per day/person*** *Entry age up to 29 years (up to 30th birthday)* ***€ 1.95 per day/person*** *Entry age from 30 years (from 30th birthday)*
☐ **AW-PLUS-DRW**	Auslandskrankenversicherung mit verbesserten Leistungen bis 60 Mon. **7,20 € pro Person und Tag** Beitrag für Personen bis 66 Jahre **14,40 € pro Person und Tag** Beitrag für Personen ab 67 Jahre **Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen auf Seite 2.**	*International Health Insurance with enhanced benefits up to 60 months* ***€ 7.20 per person/day*** *Premium for persons up to 66 years* ***€ 14.40 per person/day*** *Premium for persons from 67 years and above* ***Please Answer the following questions on Page 2.***

	Privat- und Berufshaftpflichtversicherung	*Personal and professional liability insurance*
	Versicherungsschutz für private und berufliche Tätigkeiten. Die Versicherungssumme für Personen-, Sach- und Vermögensschäden beträgt 3.000.000 €	*Insurance cover for personal and professional activities. The sum insured for bodily injury, property damage and financial loss is € 3,000,000.*
☐ **AW-H1**	Personen die Tätigkeiten mit normaler Verantwortung ausüben (Missionare, Lehrer, Freiwilligentätigkeiten ohne Pflege) **0,05 € pro Person und Tag**	*People who carry out activities with a normal level of responsibility (missionaries, teachers, volunteering excluding care)* ***€ 0.05 per person per day***
☐ **AW-H2**	Personen die Tätigkeiten mit besonderer Verantwortung ausüben (Techniker, Pflegeberufe, Handwerker usw.) **0,09 € pro Person und Tag**	*People who carry out activities with a high level of responsibility (technicians, care professions, craftsmen etc.)* ***€ 0.09 per person per day***
☐ **AW-H3**	Personen die Tätigkeiten mit sehr großer Verantwortung ausüben (Bauleiter, Projektleiter, Ärzte usw.) **0,13 € pro Person und Tag**	*People who carry out activities with a very high level of responsibility (construction managers, project managers, doctors, etc.)* ***€ 0.13 per person per day***

	Unfallversicherung	*Accident insurance*
☐ AW-U31	Unfallversicherung ohne Tropen- und Infektionserkrankungen; Tod: 20.000€, Invalidität: 125.000€, Progression: 225%, Vollinvalidität: 281.250€; **0,25€ pro Person und Tag**	*Accident insurance without tropical and infectious diseases; Death: € 20,000, Disability: € 125,000, Progression: 225%, Total disability: € 281,250;* ***€ 0.25 per person per day***
☐ AW-U33	Unfallversicherung ohne Tropen- und Infektionserkrankungen; Tod: 50.000€, Invalidität: 125.000€, Progression: 225%, Vollinvalidität: 281.250€ **0,29€ pro Person und Tag**	*Accident insurance without tropical and infectious diseases; Death: € 50,000, Disability: € 125,000, Progression: 225%, Total disability: € 281,250* ***€ 0.29 per person per day***
☐ AW-U35	Unfallversicherung ohne Tropen- und Infektionserkrankungen; Tod: 100.000€, Invalidität: 200.000€, Progression: 225%, Vollinvalidität: 450.000€ **0,50€ pro Person und Tag**	*Accident insurance without tropical and infectious diseases; Death: € 100,000, Disability: € 200,000, Progression: 225%, Total disability: € 450,000* ***€ 0.50 per person per day***

	Reisegepäckversicherung	*Baggage insurance*
☐ AW-RG	Versicherungssummer (VS) 4.000€, Wertsachen 50% der VS, versichert sind Hinreise, Aufenthalt und Rückreise **0,65€ pro Person und Tag**	*Sum insured (SI) € 4,000, valuables 50% of the SI, Insured are outward journey, stay and return journey* ***€ 0.65 per person per day***

Angaben zur Gesundheit (nur für Komponente AW-PLUS-DRW) // *Information on the state of health (only for element AW-PLUS-DRW)*

a)	Bestehen zur Zeit Beschwerden, Krankheiten oder chronische Leiden? // *Do you suffer from any kind of ailment, illness or chronical desease?*	☐ Nein // No	☐ Ja // Yes
b)	Benötigen Sie regelmäßig Arzneimittel? // *Do you need medication on a regular basis?*	☐ Nein // No	☐ Ja // Yes
c)	Sind Behandlungen, Untersuchungen (auch wegen Zahnersatz, -sanierung, Kieferorthopädie) bzw. Operationen notwendig, vorgesehen oder angeraten? // *Are medical treatments, examinations (also because of dental prostheses, restorations and orthodontics) or operations required, planned or recommended?*	☐ Nein // No	☐ Ja // Yes

Bitte machen Sie nähere Erläuterungen zu allen mit „ja" beantworteten Fragen. Beantworten Sie hierbei insbesondere die folgenden Fragen: Welche Diagnose wurde gestellt? Wann findet (fand) die Behandlung statt? Wer führt(e) die Behandlung durch? (Angabe des Arztes / Heilpraktikers / Krankenhauses etc. mit Adresse) Welche Medikamente werden (wurden) benötigt? Reicht der vorgesehene Raum für die Beantwortung nicht aus, verwenden Sie bitte ein gesondertes Blatt als Anlage zum Antrag.

Please specify the questions answered with „yes". *Please answer especially the following questions: What diagnosis has been given? When did/does the treatment take place? Who carries/carried out the treatment? (Please state name and address of doctor, alternative practitioner, hospital, etc). Which medicines are/were needed? If you need more space to answer these questions, please attach a separate sheet to the application form.*

☐ Ein gesondertes Blatt zur Beantwortung der Fragen liegt bei. // *I attached a separate sheet to answer the questions.*

Frage // *Question*	Art der Krankheit, Beschwerden, Leiden (bitte genaue Diagnose angeben); ggf. benötigte Medikamente // *Nature of ailment, illness or desease (please state the exact diagnosis); medicines which may be required*	Behandlungszeitraum (von – bis) // *Treatment period (from – until)*
	Behandelnder Arzt, Krankenhaus (Name, Adresse) // *Treating doctor, hospital (name, address)*	Sind weitere Behandlungen vorgesehen? // *Are further medical services required?* ☐ Nein // No ☐ Ja // Yes

Frage // *Question*	Art der Krankheit, Beschwerden, Leiden (bitte genaue Diagnose angeben); ggf. benötigte Medikamente // *Nature of ailment, illness or desease (please state the exact diagnosis); medicines which may be required*	Behandlungszeitraum (von – bis) // *Treatment period (from – until)*
	Behandelnder Arzt, Krankenhaus (Name, Adresse) // *Treating doctor, hospital (name, address)*	Sind weitere Behandlungen vorgesehen? // *Are further medical services required?* ☐ Nein // No ☐ Ja // Yes

Frage // *Question*	Art der Krankheit, Beschwerden, Leiden (bitte genaue Diagnose angeben); ggf. benötigte Medikamente // *Nature of ailment, illness or desease (please state the exact diagnosis); medicines which may be required*	Behandlungszeitraum (von – bis) // *Treatment period (from – until)*
	Behandelnder Arzt, Krankenhaus (Name, Adresse) // *Treating doctor, hospital (name, address)*	Sind weitere Behandlungen vorgesehen? // *Are further medical services required?* ☐ Nein // No ☐ Ja // Yes

Die Anmeldung dient zusammen mit den Gesundheitsangaben als Grundlage für den Versicherungsvertrag und ist Bestandteil desselben. Der Antragsteller und die zu versichernden Personen sind verpflichtet, die in dieser Anmeldung gestellten Fragen nach bestem Wissen und Gewissen sorgfältig und vollständig zu beantworten. Das Versicherungsverhältnis ist nichtig, wenn durch vorsätzliche Verletzung der Anzeigepflicht die Beurteilung des Risikos derart verändert wird, dass wir den Versicherungsschutz bei Kenntnis des verschwiegenen Umstandes nicht zu denselben Bedingungen abgeschlossen hätten. In diesem Fall können Sie verpflichtet werden, empfangene Leistungen zurückzuzahlen.

The application as well as the information on your health status serve as basis of your insurance contract and form an integral part of the same contract. The policyholder and the insured person are obliged to provide true, accurate and complete information to the best of their knowledge and belief. The event of an intentional breach of the notification obligation leads to a nullification of the insurance contract, if it indicates a considerable significance regarding the assessment of risk in such a way that we wouldn't have agreed to conclude the contract under those conditions. In this case you may be obliged to repay the benefits received.

Zahlungsweise // *Payment*

☐ **Monatliche Zahlung durch SEPA-Lastschriftmandat** von folgendem Konto: // ***Monthly payment by SEPA direct debit mandate*** *to the following account:*

☐ **Einmalzahlung durch SEPA-Lastschriftmandat** von folgendem Konto: // ***Single payment in one sum 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) // *Account holder (first name, family name)* | Unterschrift des Kontoinhabers // *Signature of account holder*

☐ **Überweisung nach Rechungsstellung** auf das Konto der DR-WALTER GmbH, Postbank Köln, BIC: PBNKDEFF, IBAN: DE03 3701 0050 0212 0765 00 //
Invoice to pay by bank transfer *to DR-WALTER GmbH, Postbank Köln, BIC: PBNKDEFF, IBAN: DE03 3701 0050 0212 0765 00*

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 // *Date, Place* | Unterschrift des Antragstellers // *Signature of applicant*