

☐ Jahresreiseversicherung

☐ Einzelversicherung für die Reise vom  bis

Die zu diesem Antrag gehörenden Leistungsübersichten enthalten die verfügbaren Travel Card Standard-, Premium- und Einmaltarife. Wählen Sie den gewünschten Tarif aus und tragen Sie die entsprechende Tarifnummer sowie den Beitrag in die vorgesehenen Felder ein.

**AUS DER LEISTUNGSÜBERSICHT  
ÜBERNEHMEN**

**TARIF-NR.**

**BEITRAG**

€

**VERSICHERUNGSNEHMER** (Antragsteller)

VORNAME

NACHNAME

GEB.-DATUM

STRASSE

HAUSNUMMER

PLZ

WOHNORT

TELEFON-NR.

E-MAIL-ADRESSE

**EHE- / LEBENSPARTNER** (Lebenspartner gemäß § 1 des Lebenspartnerschaftsgesetzes)

VORNAME

NACHNAME

GEB.-DATUM

**MITVERSICHERTE EIGENE KINDER** bis zum 25. Lebensjahr

|   | VORNAME, NAME        | GEB.-DATUM           |
|---|----------------------|----------------------|
| 1 | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|   | VORNAME, NAME        | GEB.-DATUM           |
| 2 | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|   | VORNAME, NAME        | GEB.-DATUM           |
| 3 | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|   | VORNAME, NAME        | GEB.-DATUM           |
| 4 | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

**VERSICHERTE PERSONEN** bei der Einzelversicherung

|   | VORNAME, NAME        | GEB.-DATUM           |
|---|----------------------|----------------------|
| 1 | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|   | VORNAME, NAME        | GEB.-DATUM           |
| 2 | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|   | VORNAME, NAME        | GEB.-DATUM           |
| 3 | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|   | VORNAME, NAME        | GEB.-DATUM           |
| 4 | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

**BANKDATEN**

GELDINSTITUT

BIC

IBAN

KTO.-INHABER

**WIDERRUFSRECHT**

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, eMail) widerrufen. Die Frist beginnt frühestens mit Erhalt dieser Belehrung, wenn Ihnen zu diesem Zeitpunkt die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die in der Anlage zu § 7 Abs. 2 VVG bestimmten Information in Textform vollständig von uns mitgeteilt worden sind. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: TMG Vertrieb Dirk Lehmann, Kölner Str. 16, 42119 Wuppertal / eMail: dl@versicherungspaket.de / Telefax-Nr.: 0202 - 243 19 331

**WIDERRUFSFOLGEN**

Im Falle eines wirksamen Widerrufs erstatten wir den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämie. Beginnt der Versicherungsschutz mit Ihrer Zustimmung vor dem Ende der Widerrufsfrist, haben Sie auf den Zeitraum des Versicherungsschutzes entfallenden zeitanteiligen Teil des Jahresbeitrags zu bezahlen.

**EINZUGSERMÄCHTIGUNG**

Ich ermächtige / wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger "Dirk Lehmann, TMG Reiseversicherungen", Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger "Dirk Lehmann, TMG Reiseversicherungen" auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann / wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

**BEMERKUNGEN**

DATUM

UNTERSCHRIFT DES VERSICHERUNGSNEHMERS