

# ANTRAG AUF RECHTSSCHUTZVERSICHERUNG

mit unbefristeter Auslandsdeckung

Antragsteller(in)/Versicherungsberechtigte(r)

M2422.5719002369

Nachname				Geschlecht	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
Vorname(n)					
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)		Nationalität			
Vollständige Anschrift		Tel.			
		Fax			
		E-Mail			
Derzeitiger Beruf					

## Versicherte Person

Wenn Sie als Antragsteller auch versicherte Person sind, dann machen Sie bitte zusätzlich folgende Angaben:

Tarifauswahl	<input type="checkbox"/> EXPAT LEGAL <input type="checkbox"/> EXPAT LEGAL PLUS	Jahresbeitrag in Euro	
Geplantes Aufenthaltsland		Gewünschter Versicherungsbeginn (TT.MM.JJJJ)	

Bestand eine Vorversicherung für Deutschland?	<input type="checkbox"/> ja  <input type="checkbox"/> nein	Falls ja, machen Sie bitte folgende Angaben:	Name der Versicherung	
			Versicherungsnummer	
			Versicherungszeitraum (TT.MM.JJJJ bis TT.MM.JJJJ)	
			Hat der Vorversicherer das Vertragsverhältnis gekündigt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

## Mitzuversichernde Angehörige

### Angehörige/r 1

Nachname, Vorname(n)					
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)		Geschlecht	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	Verwandschaftliches Verhältnis zum Versicherungsberechtigten	

### Angehörige/r 2

Nachname, Vorname(n)					
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)		Geschlecht	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	Verwandschaftliches Verhältnis zum Versicherungsberechtigten	

Ort, Datum

Unterschriften  
 (Antragsteller(in), ggf. als gesetzlicher Vertreter(in) mitzuversichernder Personen und  
 alle volljährigen zu versichernden Personen)





# SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

Hiermit ermächtige ich die BDAE Holding GmbH, welche von der BDAE Dienstleistungsgesellschaft mbH zur Vertragsverwaltung sowie zum Inkasso bevollmächtigt ist, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der BDAE Holding GmbH für den Versicherer gezogenen Lastschriften einzulösen.

Der Einzug ist erkennbar an der Gläubiger-Identifikationsnummer DE23ZZZ00000131378 sowie an der persönlichen Mandatsreferenznummer, welche auf der Versicherungsbestätigung mitgeteilt wird. Der Einzug erfolgt, je nach gewählter Zahlweise, zum 1. eines Monats.

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.

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht angenommen.

## Zudem gelten folgende Regelungen:

- Der Gesamtbeitrag ist entsprechend der unten gewählten Zahlweise jeweils im Voraus zu entrichten. Beitrags-

schuldner ist der Versicherungsbeneficiäre gegenüber der Versicherungsnehmerin und die Versicherungsnehmerin gegenüber dem Versicherer.

- Der Beitrag ist nach Zugang der Versicherungsbestätigung, spätestens zum beantragten Versicherungsbeginn, fällig. Mir ist bekannt, dass die Versicherungsnehmerin im Falle einer vom Versicherungsbeneficiären zu vertretenden fehlenden oder unvollständigen Zahlung des jeweils fälligen Beitrages und Nebenkosten die oben aufgeführten Personen nicht beim Versicherer als versicherte Person anmeldet, bzw. wieder abmeldet. Mir ist bekannt, dass in diesem Fall kein Versicherungsschutz besteht.
- In dem Falle, dass der Beitragszahler nicht identisch mit dem Versicherungsbeneficiären / der versicherten Person ist, obliegt es dem Versicherungsbeneficiären / der versicherten Person, den Beitragszahler über die mitgeteilten Informationen in Kenntnis zu setzen.
- Die Vorabinformation über den Einzug der fälligen Beiträge erfolgt durch die an den Versicherungsbeneficiären gerichtete Versicherungsbestätigung. Hierbei werden die Beiträge, Zeitpunkt der Fälligkeit, Gläubiger-Identifikationsnummer und Mandatsreferenznummer mitgeteilt.

Gültig für Beiträge ab (TT.MM.JJJJ)					
Angaben zum Beitragszahler	Nachname			Geschlecht	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
	Vorname(n)				
	Vollständige Anschrift				
	Tel.				
	IBAN				
	BIC/SWIFT	Bank			
	Zahlweise	<input type="checkbox"/> jährlich	<input type="checkbox"/> halbjährlich (+ 2 %)	<input type="checkbox"/> vierteljährlich (+ 3 %)	<input type="checkbox"/> monatlich (+ 5 %)

Angaben zur versicherten Person	Nachname (falls abweichend vom Beitragszahler)			Geschlecht	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
	Vorname(n) (falls abweichend vom Beitragszahler)				
	Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	Versicherungsnummer(n) (sofern vorhanden)			

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers