

Anmeldung zum Abschluss der kombinierten Kranken-, Unfall- und Privathaftpflichtversicherung über den Gruppenvertrag des DAAD

für DAAD vermittelte oder betreute Wissenschaftler sowie deren Familienangehörige (Lebenspartner und Kinder) im Ausland

Tarif: 730

Versicherungsprämie pro Monat:

Männer	EUR	111,00
Frauen	EUR	111,00
Kinder	EUR	121,00 bis zum vollendeten 18. Lebensjahr

Grundsätzlich sollte die Versicherung ab dem Tag der Ausreise (spätestens aber mit Beginn der Aufnahme der Lehrtätigkeit) abgeschlossen werden. Die Versicherung kann an jedem beliebigen Tag eines Monats beginnen und läuft somit im 30 bzw. 31 Tage-Rhythmus (Beispiel: 14.01. bis jeweils zum 13. des Monats für den Versicherungsbeitrag entrichtet worden sind). Die Versicherungsprämie kann **nicht** tage- oder wochenweise berechnet werden. Der Versicherungsbeitrag sollte nach Möglichkeit für den gesamten Zeitraum in einer Summe überwiesen werden. Bei längerer Versicherungsdauer bitten wir zumindest um vierteljährliche Zahlung. Bitte geben Sie ab der zweiten Prämienzahlung **immer** Ihre Versicherungsnummer an.

Die Versicherung kann im Ausland über den ursprünglich beantragten Zeitraum hinaus (maßgebend ist der Zeitraum der Förderung) maximal für 6 Monate verlängert werden. Wir benötigen kein neues Anmeldeformular. Bitte informieren Sie uns per Fax 0228/882 620Fax oder per e-mail: schlaus@daad.de und entrichten die Versicherungsbeiträge weiter.

Hauptversicherte(r)	
DAAD-Personenkennziffer: (s. Förderungsvertrag)	
Familienname:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Geschlecht:	
Gastland:	
Tag der Ausreise:	
DAAD-Programm:	
Versicherungsbeginn:	
Voraussichtliche Laufzeit (Monate):	

Mitversichernde Familienangehörige:

Familienname, Vorname:	Geb.-Datum:	Geschlecht:	Versicherungsbeginn:	Versicherungsprämie

Die Versicherungsprämie in Höhe von Euro _____ wird auf das Konto der
DAAD-Versicherungsstelle, Konto-Nr. 02 085 124 00 bei der **Commerzbank Köln,**
BLZ 370 800 40 überwiesen.

Bei Überweisung aus dem Ausland:

IBAN: DE22 3708 0040 0208 5124 00 SWIFT-BIC: DRES DE FF 370

Postanschrift: Commerzbank AG, 40300 Düsseldorf

Erst nach Gutschrift der Versicherungsprämie auf unserem Konto erhalten Sie den
Versicherungsnachweis. Für die Bearbeitungszeit benötigen wir mindestens eine Woche.

Ja / Nein

Ich und die mitzuversichernden Personen sind zur Zeit gesund:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die Hinweise und Bedingungen zum Gruppenvertrag sind mir bekannt:

Anschrift, an die der Versicherungsnachweis gesendet werden soll:

(Bitte geben Sie unbedingt die vollständige Postanschrift an!)

Telefon:	ggf. Fax:
E-mail:	

Ihre Angaben werden in unserer EDV und der unserer Vertragspartner aufgenommen und genutzt.

Aus technischen Gründen ist zur Zeit die Anmeldung nur auf dem Postweg bzw. per Fax möglich.

Deutscher Akademischer Austausch Dienst
Versicherungsstelle
Kennedyallee 50
53175 Bonn
0228 / 882 620

Ort/Datum

Unterschrift