



# TravelCover Schengen

SCHENGEN-RAUM UND LIECHTENSTEIN

Angebot Nr.:

Makler-Code:

## VERTRAGSPARTNER / VERSICHERUNGSNEHMER

Herr  Frau  Fräulein

Zustellanschrift: .....

Name: .....

.....

Vorname: .....

..... PLZ: .....

Geburtsdatum: Tag:.....Monat:.....Jahr:.....

Ort: ..... Land: .....

Tel. (Festnetz): .....

E-Mail: .....

Handy: .....

## ZU VERSICHERNDE PERSONEN

Bitte nachstehende Tabelle ausfüllen:

Mitglied(er)	Name	Vorname	Ge- schlecht	Geboren am	Staatsangehörigkeit	Prämie (CHF)
1. Versicherte(r)						
2. Versicherte(r)						
3. Versicherte(r)						
4. Versicherte(r)						
Gesamt (CHF):						

Anfangsdatum des Vertrags: ..... / ..... / ..... (Tag/ Monat / Jahr)

Vertragsdauer (in Tagen):  3  8  10  15  22  31  45  62  92

Reiseantrittsland: ..... Wohnsitzland: .....

## ERKLÄRUNG

Hiermit beantrage ich den Beitritt zum Plan Golden Care TravelCover Schengen, gezeichnet bei der EUROPE ASSISTANCE (Suisse) Assurances SA, der auf vorliegendem Antrag bezeichneten Personen. Ich erkläre im Namen der zu versichernden Personen:

- Kenntnis genommen zu haben, dass die Informationen vertraulich sind und von Golden Care Services für die Annahme der Zeichnungsunterlagen verwendet werden;
- Zu versichern, dass die Antworten exakt und nach meiner Kenntnis vollständig, umfassend und wahr sind und kein Umstand vorliegt, der sich auf die Ergebnisse der Zeichnungsbeurteilung durch Golden Care Services auswirken kann;
- Zu wissen, dass eine falsche oder unvollständige Erklärung rückwirkend als ein Verzicht auf die Leistungen betrachtet wird und die sofortige Aufhebung des betroffenen Vertrags nach sich zieht;
- Zu wissen, dass der Vertrag mit dem Datum beginnt, das auf dem Versicherungsausweis angegeben ist, ausgegeben von Golden Care Services nach Annahme des Antrags und Inkasso der entsprechenden Prämie;
- Golden Care Services zu ermächtigen, Informationen einschliesslich persönlicher Daten, die für die Risikobeurteilung und die Verwaltung des sich daraus ergebenden Vertrags erforderlich sind, bei Ärzten, Versicherern und anderen Dienstleistungserbringern einzuholen und diesen zu übermitteln;
- Die Allgemeinen Bedingungen des Vertrags mit der Referenz GCCHTSC006D „Golden Care TravelCover Schengen“ gelesen und gutgeheissen sowie sie den versicherten Personen gemäss eidgenössischem Versicherungsvertragsgesetz (VVG) übergeben zu haben, falls ich für Rechnung jener Personen handle;
- Zu wissen, dass alle vor dem Abschlussdatum und/oder vor dem Abreisedatum bestehende Krankheiten durch vorliegenden Vertrag ausgeschlossen werden und der Versicherungsschutz sich nicht auf das Land des üblichen Wohnsitzes der versicherten Personen erstreckt. Jene erklären, dass sie zurzeit gesund sind und sich nicht in ärztlicher Behandlung befinden.
- Zu wissen, dass für den Fall, dass die Reise absichtlich mit dem Ziel einer Behandlung unternommen wurde, alle erhaltenen Leistungen von einer Erstattung ausgeschlossen sind;
- Zu wissen, dass alle ohne vorherige Zustimmung verauslagte Kosten oder jede nicht von der Assistance-Gesellschaft organisierte Intervention die Ablehnung einer Erstattung oder Kostenübernahme mit sich bringen.

Unterschrift des Vertragspartners im

Namen aller zu versichernden

Personen:

.....

Ort:.....

Datum:.....

Crédit Suisse

Crédit Suisse

Angebot Nr.: /

CH-8070 Zürich

CH-8070 Zürich

Name:

CH40 0483 5034 0428 5101 8

CH40 0483 5034 0428 5101 8

Geburtsdatum: .... / .... / ....

Golden Care SA  
Bvd Helvétique 31  
CH-1207 Genf

Golden Care SA  
Bvd Helvétique 31  
CH-1207 Genf

12-35-2

12-35-2

Reiseversicherungsschutz für medizinische Notfall-Behandlungskosten (50.000 CHF) und Rücktransport (Istkosten).

Vor Verauslagung von Behandlungskosten ist die Zustimmung der Assistance-Gesellschaft zwingend.

Nur die vertragliche Assistance-Gesellschaft ist zur Organisation einer Assistance-Leistung ermächtigt.

## TARIFE (CHF)

### Einzelprämie

Altersgruppe	Aufenthaltsdauer								
	3 Tage	8 Tage	10 Tage	15 Tage	22 Tage	31 Tage	45 Tage	62 Tage	92 Tage
0 - 60 Jahre	44	65	78	115	154	212	315	399	520
61- 80 Jahre	80	116	143	165	245	275	425	475	620

### Familienprämie (\*2 Erwachsene bis 60 Jahre und 2 Kinder bis 17 Jahre)

Familie	Aufenthaltsdauer								
	3 Tage	8 Tage	10 Tage	15 Tage	22 Tage	31 Tage	45 Tage	62 Tage	92 Tage
4 Personen*	130	182	220	322	432	590	882	1117	1456

Tarife gültig vom 01.07.2010 bis 30.06.2011

## WIE ZEICHNEN?

- 1) Angebot bitte vervollständigen, datieren und unterschreiben
- 2) Prämie mit Hilfe des Überweisungsscheins (auf der Rückseite) begleichen
- 3) Angebot, begleitet von einer Kopie Ihrer Empfangsbescheinigung, senden an:

Golden Care S.A  
 31 Boulevard Helvétique  
 CH-1207 Genf, Schweiz  
[goldencare@goldencare.ch](mailto:goldencare@goldencare.ch)  
 Tel.: +41 22 786 12 00 - Fax: +41 22 786 12 20

**Sie können auch online auf unserer Website zeichnen:**

[www.goldencare.ch](http://www.goldencare.ch)