



Ihr weltweiter  
Partner für die  
Gesundheit

# TravelCover

IHR WELTWEITER PARTNER FÜR DIE GESUNDHEIT

ANTRAG NR. ....

Versicherungsvertreter: .....

## VERTRAGSPARTNER

Herr  Frau

Korrespondenzadresse: .....

Name: ..... Postleitzahl: .....

Vorname: ..... Stadt: ..... Land: .....

Geb. am ..... / ..... / ..... (Tag / Monat / Jahr) Adresse im Ausgangsland: .....

Nationalität: ..... Postleitzahl: .....

Tel.: ..... Fax: ..... Stadt: ..... Land: .....

## ZU VERSICHERNDE PERSONEN

Füllen Sie die nachstehende Tabelle unter Beachtung der folgenden Angaben aus

Zone 1: Versicherungsschutz im Schengenraum einschliesslich Schweiz und Liechtenstein

Zone 2: Versicherungsschutz ganze Welt ausgenommen USA, Singapur und Japan

Zone 3: Versicherungsschutz ganze Welt ohne Einschränkungen

Mitglied	Name	Vorname	Geb. am	Schutzzone	Prämie (CHF)
Vertragspartner					
Ehepartner					
Kind 1					
Kind 2					
Kind 3					
Kind 4					
Gesamt (CHF):					

## DAUER

Datum des Inkrafttretens des Vertrages: ..... / ..... / ..... (Tag / Monat / Jahr)

Dauer des Vertrages (in Tagen) :  8  10  15  22  31  45  62  92  180

Ausgangsland der Reise: .....

Reiseziel: .....

Haben Sie zurzeit eine Krankenversicherung?  Ja  Nein. Wenn ja, angeben: .....

## ZAHLUNGSART

Gemäss Artikel 7.1.1 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen tritt Ihr Plan an dem Datum seines Inkrafttretens in Kraft, der auf Ihren Besonderen Versicherungsbedingungen angegeben ist. Dieses Datum wird nach der endgültigen Annahme Ihres Anmeldedossiers durch Golden Care Service festgelegt. Es ist frühestens auf Mitternacht des Tages festgesetzt, an dem der Golden Care Service oder seine autorisierten Bevollmächtigten die gesamte Prämienzahlung erhalten.

Ich bezahle per:  Kreditkarte  Überweisung  Einzahlungsschein

### Einzugsermächtigung

Kartenart:  Visa  MasterCard  American Express

Kartennummer: ..... Verfalldatum: ..... / ..... (Monat/Jahr)

Nummern auf der Rückseite Ihrer Karte: .....

Karteninhaber: .....

Rechnungsadresse: .....

Unterschrift: .....

## ERKLÄRUNG

Hiermit beantrage ich die Aufnahme der auf diesem Formular genannten Personen in die Plan Golden Care TravelCover der INTER PARTNER ASSISTANCE, Mitglied der Gruppe AXA ASSISTANCE, und ich erkläre im Namen der zu versichernden Personen, Folgendes zur Kenntnis genommen zu haben und zu bestätigen:

- Alle Angaben sind richtig und meines Wissens vollständig und zutreffend, und es gibt keine Sachverhalte, die die Evaluationsergebnisse der Anmeldung für den Golden Care Service beeinflussen könnten.
- Verschweigen oder unterlassen die versicherten Personen Angaben, die die Gültigkeit des Versicherungsschutzes einschränken, hat der Versicherer die Möglichkeit, den Vertrag zu annullieren, sobald er davon Kenntnis erhält.
- Der Vertrag beginnt an dem in den Besonderen Versicherungsbedingungen angegebenen Datum, sobald das Dossier angenommen wurde und die Prämienzahlung erfolgt ist.
- Alle versicherten Personen entbinden alle Ärzte und das medizinische Personal, die sie vor und nach Eintritt des Schadensfalls behandeln oder behandelt haben, von der Schweigepflicht.
- Ich habe die Allgemeinen Versicherungsbedingungen des Vertrages Ref. GCCHT05 "TravelCover" gelesen und akzeptiert und sie gemäss dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG) den versicherten Personen übermittelt, sofern ich für diese handle.
- Alle am Anmeldungsdatum vorbestehenden Krankheiten sind durch diesen Vertrag ausgeschlossen, und der Versicherungsschutz gilt nicht im gewöhnlichen Aufenthaltsland der versicherten Personen. Diese erklären, dass sie gegenwärtig bei guter Gesundheit sind, nicht in Behandlung sind und nicht in der Absicht reisen, sich behandeln zu lassen.

Unterschrift des Antragstellers im Namen aller zu versichernden Personen. Ort:

Datum: ..... / ..... / ..... (Tag / Monat / Jahr)