



**5 ba YXi b[ 'ni f'; fi ddYb  
? fUb\_ Ybj Yfg]W Yfi b[**



Antragsteller (in):

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Postanschrift in Deutschland: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Beginn des Auslandsaufenthaltes: \_\_\_\_\_ Aufenthaltsland: \_\_\_\_\_

Folgende Personen sollen nach Tarif KR72 versichert werden:

Bitte Antragsteller (in) mitangeben!

Name, Vorname	Staatsan- gehörigkeit	Geschlecht m/w/k	Geburtsdatum	Gesamtmonatsbeitrag M: 108 € W: 161 € K: <del>100</del> H€	Versicherungs- beginn

m: männlich, w: weiblich, k: Kind

**5 b[ UWyb'ni a 'NU `i b[ gj Yf\_ Y f.**

Lastschrift bei (Bank): \_\_\_\_\_

~~ÖÖE~~ \_\_\_\_\_

BÖ: \_\_\_\_\_

Falls Kontoinhaber nicht selbst Antragsteller bitte hier zusätzlich unterschreiben: \_\_\_\_\_

Hiermit beantrage(n) ich/wir Versicherungsschutz nach den allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskostenversicherung während eines Auslandsaufenthaltes. Über die Tariflichen Leistungen des Tarifs KR 72 bin ich informiert worden. Mir ist bekannt, dass Erkrankungen die vor Antragsstellung bestanden haben, vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind. Es wird der Abschluss einer Anwartschaftsversicherung bei einer gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung empfohlen.

Die versicherten Personen bzw. deren gesetzlichen Vertretern bevollmächtigen den Versicherer, jederzeit alle zur Feststellung des Gesundheitszustandes (auch vorvertraglich) für erforderlich erachteten Auskünfte bei Dritten einzuholen und entbinden diese von Ihrer Schweigepflicht.

Die Gesamtprämie ist jeweils monatlich im voraus zu entrichten. Die Einzugsermächtigung für o. a. Kontoverbindung wird hiermit erteilt. Hinweis: Ist die Prämie bis zum 15. des Monats nicht eingegangen erfolgt rückwirkend zum 01. des Monats die Abmeldung aus dem Gruppenvertrag. Bitte sorgen Sie immer für entsprechende Kontodeckung.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschriften: \_\_\_\_\_

Versicherer: Signal Iduna Krankenversicherung a. G.

Vertragsbetreuung: Finanzberatung Burbitz

Bitte senden Sie die Anmeldung an: **jbZ-4 HJ W j Yfg]W Yfi b[ Yb'XY**  
oder an die Faxnummer: **+49 20 65 499 326**