

Anmeldung zur AIDWORKER-Versicherung für Fachkräfte, Missionare und andere Helfer (Einzelanmeldung über Organisationen) //

Application for AIDWORKER Insurance for specialists, missionaries and other helpers (individual application through the respective organizations)

Feld für besondere Vermerke // Space for special notices | Ausgebende Organisation // Issuing organisation | Versicherungsnummer (wird bei Eingang vergeben) // policy no. (to be indicated after application)

Antragsteller // Applicant

Entsende-/Trägerorganisation // Sending/Supporting Organization

Frau // Ms
 Herr // Mr | Vorname // First name | Nachname // Family name

Straße, Hausnummer, ggf. c/o // Street, street number, if needed c/o | PLZ // Postal code | Ort // City

Telefon // Telephone | Fax | E-Mail

Folgende Person soll versichert werden // The following person shall be insured

Frau // Ms
 Herr // Mr | Vorname // First name | Nachname // Family name

Geburtsdatum // Date of birth | Heimatland // Home country | Art der Tätigkeit // Type of assignment

Reise- und Versicherungsdaten // Travel and insurance data

Reise- und Versicherungsbeginn // Start of travel and travel insurance | Reise- und Versicherungsende // End of travel and travel insurance | Aufenthaltsland // Travel destination

Bitte beachten Sie: Die Versicherung kann nur vor Ausreise und nur für die gesamte Zeit des Auslandsaufenthaltes abgeschlossen werden. Der Abschluss dieser Versicherung ist nur möglich, wenn mit Ihrer Organisation eine Rahmenvereinbarung abgeschlossen wurde. Sollte eine Ausnahmeregelung bestehen, tragen Sie bitte einen Hinweis im Feld für besondere Vermerke auf der Anmeldung ein.

Please note: Insurance can only be purchased prior to the start of the trip and only for the entire duration of the stay abroad. You can only purchase this insurance policy if your organization has concluded a framework agreement with us. In case of an exemption clause, please make a note in the field for special notes on the registration form.

Ich wähle folgenden Versicherungsschutz // I choose the following insurance coverage

Versicherungspaket für Personen die für einen begrenzten Zeitraum im Rahmen der Entwicklungszusammenarbeit ins Ausland gehen, bestehend aus den folgenden Komponenten:

Insurance plan for people traveling abroad for a limited time as part of a development cooperation, consisting of the following elements:

Krankenversicherung

Health insurance

<input type="checkbox"/> AW24	Auslandskrankenversicherung bis 24 Monate 1,35 € pro Person und Tag	International Health Insurance up to 24 months € 1.35 per person per day
<input type="checkbox"/> AW-PLUS	Auslandskrankenversicherung mit verbesserten Leistungen 5,50 € pro Person und Tag	International Health Insurance with enhanced benefits € 5.50 per person per day

Auslandskrankentagegeldversicherung

International daily sickness allowance (sick pay)

<input type="checkbox"/> AW-KH	Auslandskrankentagegeldversicherung (ab einer Auslandsaufenthaltsdauer von 12 Monaten abschließbar) 0,99 € pro Person und Tag	International daily sickness allowance (sick pay) for at least 12 months € 0.99 per person per day
--------------------------------	--	---

Privat- und Berufshaftpflichtversicherung

Personal and professional liability insurance

Versicherungsschutz für private und berufliche Tätigkeiten. Die Versicherungssumme für Personen-, Sach- und Vermögensschäden beträgt 3.000.000€

Insurance cover for personal and professional activities. The sum insured for bodily injury, property damage and financial loss is € 3,000,000.

<input type="checkbox"/> AW-H1	Personen die Tätigkeiten mit normaler Verantwortung ausüben (Missionare, Lehrer, Freiwilligentätigkeiten ohne Pflege) 0,05 € pro Person und Tag	People who carry out activities with a normal level of responsibility (missionaries, teachers, volunteering excluding care) € 0.05 per person per day
<input type="checkbox"/> AW-H2	Personen die Tätigkeiten mit besonderer Verantwortung ausüben (Techniker, Pflegeberufe, Handwerker usw.) 0,09 € pro Person und Tag	People who carry out activities with a high level of responsibility (technicians, care professions, craftsmen etc.) € 0.09 per person per day
<input type="checkbox"/> AW-H3	Personen die Tätigkeiten mit sehr großer Verantwortung ausüben (Bauleiter, Projektleiter, Ärzte usw.) 0,13 € pro Person und Tag	People who carry out activities with a very high level of responsibility (construction managers, project managers, doctors, etc.) € 0.13 per person per day
<input type="checkbox"/> AW-H6	Kinder von Versicherten während der Ausbildung in Deutschland 0,07 € pro Person und Tag	Children of insured persons during their education/vocational training in Germany € 0.07 per person per day
<input type="checkbox"/> AW-H7	Kostenlose Mitversicherung von Kindern und Angehörigen des Hauptversicherten	free co-insurance of children and relatives of the main insured person

Unfallversicherung**Accident insurance**

<input type="checkbox"/> AW-U31	Unfallversicherung ohne Tropen- und Infektionserkrankungen; Tod: 20.000€, Invalidität: 125.000€, Progression: 225%, Vollinvalidität: 281.250€; 0,25 € pro Person und Tag	Accident insurance without tropical and infectious diseases; Death: € 20,000, Disability: € 125,000, Progression: 225%, Total disability: € 281,250; € 0.25 per person per day
<input type="checkbox"/> AW-U32	Unfallversicherung inklusive Tropen- und Infektionserkrankungen; Tod: 20.000€, Invalidität: 125.000€, Progression: 225%, Vollinvalidität: 281.250€; 0,47 € pro Person und Tag	Accident insurance incl. tropical and infectious diseases; Death: € 20,000, Disability: € 125,000, Progression: 225%, Total disability: € 281,250; € 0.47 per person per day
<input type="checkbox"/> AW-U33	Unfallversicherung ohne Tropen- und Infektionserkrankungen; Tod: 50.000€, Invalidität: 125.000€, Progression: 225%, Vollinvalidität: 281.250€ 0,29 € pro Person und Tag	Accident insurance without tropical and infectious diseases; Death: € 50,000, Disability: € 125,000, Progression: 225%, Total disability: € 281,250 € 0.29 per person per day
<input type="checkbox"/> AW-U34	Unfallversicherung inklusive Tropen- und Infektionserkrankungen; Tod: 50.000€, Invalidität: 125.000€, Progression: 225%, Vollinvalidität: 281.250€; 0,51 € pro Person und Tag	Accident insurance incl. tropical and infectious diseases; Death: € 50,000, Disability: € 125,000, Progression: 225%, Total disability: € 281,250; € 0.51 per person per day
<input type="checkbox"/> AW-U35	Unfallversicherung ohne Tropen- und Infektionserkrankungen; Tod: 100.000€, Invalidität: 200.000€, Progression: 225%, Vollinvalidität: 450.000€ 0,50 € pro Person und Tag	Accident insurance without tropical and infectious diseases; Death: € 100,000, Disability: € 200,000, Progression: 225%, Total disability: € 450,000 € 0.50 per person per day
<input type="checkbox"/> AW-U36	Unfallversicherung inklusive Tropen- und Infektionserkrankungen; Tod: 100.000€, Invalidität: 200.000€, Progression: 225%, Vollinvalidität: 450.000€; 0,84 € pro Person und Tag	Accident insurance incl. tropical and infectious diseases; Death: € 100,000, Disability: € 200,000, Progression: 225%, Total disability: € 450,000; € 0.84 per person per day

Reisegepäckversicherung**Baggage insurance**

<input type="checkbox"/> AW-RG1	Versicherungssumme (VS) 2.500€, Wertsachen 50% der VS, versichert sind Hinreise, Aufenthalt und Rückreise 0,35 € pro Person und Tag	Sum insured (SI) € 2,500, valuables 50% of the SI, Insured are outward journey, stay and return journey € 0.35 per person per day
---------------------------------	--	--

Zusatzversorgung/Rentenversicherung**Supplemental insurance/Annuity insurance**

<input type="checkbox"/> AW-RV	Private Zusatzversorgung gewünscht. Hiermit beantrage ich eine individuelle Berechnung.	I want to purchase private supplemental insurance. I hereby apply for an individual calculation.
--------------------------------	--	---

Zahlungsweise // Payment

<input type="checkbox"/>	Monatliche Zahlung durch SEPA-Lastschriftmandat von folgendem Konto: // <i>Monthly payment by SEPA direct debit mandate to the following account:</i>
--------------------------	---

<input type="checkbox"/>	Einmalzahlung durch SEPA-Lastschriftmandat von folgendem Konto: // <i>Single payment in one sum by SEPA direct debit mandate to the following account:</i>
--------------------------	--

IBAN	<input type="text"/>	BIC	<input type="text"/>
------	----------------------	-----	----------------------

Ich ermächtige die Dr. Walter GmbH (Eisenerzstraße 34, 53819 Neunkirchen-Seelscheid, Germany; Gläubiger-Identifikationsnummer DE76ZZZ00000887121; Mandatsreferenz: Versicherungsnummer), Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich das Kreditinstitut an, die von der Dr. Walter GmbH auf mein/ unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/ unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

I hereby authorize Dr. Walter GmbH (Eisenerzstrasse 34, 53819 Neunkirchen-Seelscheid, Germany; Creditor Identifier DE76ZZZ00000887121; Mandate reference: insurance policy number) to collect payments from my/ our bank account by direct debit. I also instruct my bank to pay the direct debits drawn by Dr. Walter GmbH from my/ our account.

Note: I am entitled to demand the refund of the debited amount within eight weeks from the debit date. The terms and conditions agreed with my/ our bank shall apply.

Kontoinhaber (Vorname, Nachname) // *Account holder (first name, family name)*

Unterschrift des Kontoinhabers // *Signature of account holder*

<input type="checkbox"/>	Überweisung nach Rechnungsstellung auf das Konto der Dr. Walter GmbH, Postbank Köln, BIC: PBNKDEFF, IBAN: DE03 3701 0050 0212 0765 00 // <i>Invoice to pay by bank transfer to Dr. Walter GmbH, Postbank Köln, BIC: PBNKDEFF, IBAN: DE03 3701 0050 0212 0765 00</i>
--------------------------	---

Wichtiger Hinweis und Unterschrift // Important note and signature

Ich beantrage Versicherungsschutz nach Maßgabe der beiliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen. // *I wish to purchase insurance coverage according to the enclosed general insurance conditions.*

Ort, Datum // <i>Date, Place</i>	<input type="text"/>	Unterschrift des Antragstellers // <i>Signature of applicant</i>	<input type="text"/>
----------------------------------	----------------------	--	----------------------