

Name und Anschrift des Versicherungsnehmers:  Herr  Frau  Firma / Verein

Titel: \_\_\_\_\_ Zuname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

**Sofern Versicherungsnehmer = 1. versicherte Person:**

Geburtsdatum 

T	T	M	M	J	J	J	J

**Weitere versicherte Person(en) (Zu- und Vorname, Geburtsdatum):**

**Wichtiger Hinweis zum Familientarif\***: Im Familientarif sind Kinder nicht namentlich zu nennen. Kinder (Adoptiv-, Pflege-) der maximal zwei namentlich genannten Personen sind ohne namentliche Nennung bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres mitversichert.

Zuname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum 

T	T	M	M	J	J	J	J

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum 

T	T	M	M	J	J	J	J

**Datum Versicherungsbeginn:**

T	T	M	M	J	J	J	J

 um 0.00 Uhr, frühestens um 24.00 Uhr am Tag des Einlangens beim Versicherer

Reisedauer: \_\_\_\_\_

Reiseziel: \_\_\_\_\_

Reisepreis: \_\_\_\_\_

Versicherungsprämie: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum  Unterschrift des Versicherungsnehmers/der Versicherungsnehmerin

**SEPA-Lastschrift-Mandat:** Zahlungsempfänger: Europäische Reiseversicherung AG, Kratochwjlestraße 4, A-1220 Wien  
Gläubiger-Identifikationsnummer (Creditor ID): AT37ZZZ00000002762

IBAN: \_\_\_\_\_ BIC \_\_\_\_\_

Name/Firma des Kontoinhabers\*\*: \_\_\_\_\_

Adresse des Kontoinhabers\*\*: \_\_\_\_\_

\*\* nur auszufüllen, wenn vom Versicherungsnehmer abweichender Kontoinhaber

Ich ermächtige / Wir ermächtigen die Europäische Reiseversicherung AG, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Europäischen Reiseversicherung AG auf mein/ unser Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen. Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum  Unterschrift des Kontoinhabers/der Kontoinhaberin

Versicherer: **Europäische Reiseversicherung AG**, Kratochwjlestraße 4, A-1220 Wien  
Notruf 24 Stunden täglich: +43/1/50 444 00  
Service Center: Tel. +43/1/317 25 00-73930, Fax +43/1/319 93 67  
E-Mail: info@europaeische.at, www.europaeische.at

Bitte senden Sie den ausgefüllten Antrag  
per E-Mail an [vertragsservice@europaeische.at](mailto:vertragsservice@europaeische.at) oder per Fax an +43/1/319 93 67-73900