

Informationen für ein Gruppenvertragsangebot zur Auslandsreisekrankenversicherung



Datum der Anfrage: . .

Gesprächspartner CCAG:

Vermittler*in

Institution/Maklerpool:

Ansprechpartner*in:

Partner-Nr. bei CCAG:

Partner-Nr. bei Pool (optional):

E-Mail-Adresse:

Telefonnummer: /

Versicherungsnehmer

Firma / Institution

Ansprechpartner*in

Straße

PLZ/ Ort /

Land

Telefon

E-Mail-Adresse



Informationen für ein Gruppenvertragsangebot zur Auslandsreisekrankenversicherung

Versicherungsumfang

Gewünschter Beginn des Vertrages . .

Versicherungsumfang: Krankenversicherung Haftpflichtversicherung Unfallversicherung

Reise

Von: Deutschland EU / Schengen Außerhalb EU / Schengen

Nach: Deutschland Österreich EU / Schengen weltweit ohne US, CA, MX weltweit

Reisetermine pro Jahr: bis 5 Termine mehr als 5 Termine

Aufenthaltsdauer (in Tagen): Schnitt: Mind.: Max.:

Aufenthaltsdauer (in Monaten): Schnitt: Mind.: Max.:

Reisende

Anzahl Personen: % über 18 Jahren: % unter 18 Jahren:

Alter: Schnitt: Mind.: Max.:

Nationalität: Deutschland/Österreich EU/Schengen Außerhalb EU/Schengen

Reisegrund:

Ausgeübte Tätigkeit im Ausland:

Zahlungsart

SEPA-Lastschrift

Überweisung

Zahlungsweise

einmalig

monatlich

**Informationen für ein
Gruppenvertragsangebot zur
Auslandsreisekrankenversicherung**



Weitere Anmerkungen

