



**TMG** TRAVEL  
MANAGEMENT  
GLOBAL



**die Bayerische**

Versichert nach dem Reinheitsgebot

# ANTRAGSFORMULAR

Agentur-Nr.: 13165

- Jahresreiseversicherung  
 Einmalversicherung für die Reise vom ..... bis .....

Im Anhang dieses Antragsformulars befindet sich unsere Leistungsübersicht, in der alle 182 Tarife erfasst sind.

Suchen Sie sich den für Sie passenden Tarif heraus und tragen Sie bitte in die Kästchen die Nummer des entsprechenden Tarifs und den dazugehörenden Beitrag ein.

| Nr. | Beitrag (€) |
|-----|-------------|
|     |             |

## Versicherungsnehmer (Antragsteller)

|             |  |                |  |            |  |  |  |
|-------------|--|----------------|--|------------|--|--|--|
| Vorn., Name |  |                |  | Geb.-Datum |  |  |  |
| Straße, Nr. |  | PLZ, Wohnort   |  |            |  |  |  |
| Telefon-Nr. |  | E-Mail-Adresse |  |            |  |  |  |

## Ehe- / Lebenspartner (Lebenspartner gemäß § 1 des Lebenspartnerschaftsgesetzes)

|               |  |            |  |  |  |
|---------------|--|------------|--|--|--|
| Vorname, Name |  | Geb.-Datum |  |  |  |
|---------------|--|------------|--|--|--|

## Mitversicherte eigene Kinder bis einschließlich 21 Jahre

|   |               |  |            |  |  |  |
|---|---------------|--|------------|--|--|--|
| 1 | Vorname, Name |  | Geb.-Datum |  |  |  |
| 2 | Vorname, Name |  | Geb.-Datum |  |  |  |
| 3 | Vorname, Name |  | Geb.-Datum |  |  |  |
| 4 | Vorname, Name |  | Geb.-Datum |  |  |  |

## Versicherte Personen bei der Einmalversicherung

|   |               |  |            |  |  |  |
|---|---------------|--|------------|--|--|--|
| 1 | Vorname, Name |  | Geb.-Datum |  |  |  |
| 2 | Vorname, Name |  | Geb.-Datum |  |  |  |
| 3 | Vorname, Name |  | Geb.-Datum |  |  |  |
| 4 | Vorname, Name |  | Geb.-Datum |  |  |  |

## Bankdaten

|              |  |              |  |
|--------------|--|--------------|--|
| Geldinstitut |  | BIC          |  |
| IBAN         |  | Kto.-Inhaber |  |

## Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt frühestens mit Erhalt dieser Belehrung, wenn Ihnen zu diesem Zeitpunkt die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die in der Anlage zu § 7 Abs. 2 VVG bestimmten Information in Textform vollständig von uns mitgeteilt worden sind. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: **TMG Vertrieb Dirk Lehmann, Kölner Str. 16, 42119 Wuppertal / E-Mail: dl@versicherungspaket.de / Telefax-Nr.: 0202 - 243 19 331**

## Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs erstatten wir den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämie. Beginnt der Versicherungsschutz mit Ihrer Zustimmung vor dem Ende der Widerrufsfrist, haben Sie auf den Zeitraum des Versicherungsschutzes entfallenden zeitanteiligen Teil des Jahresbeitrags zu bezahlen.

## Einzugsermächtigung

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger "Dirk Lehmann, TMG Reiseversicherungen", Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger "Dirk Lehmann, TMG Reiseversicherungen" auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: 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.

## Bemerkungen

.....  
 .....  
 .....

.....  
 Datum und Unterschrift des Versicherungsnehmers