

**Anmeldung zur Versicherung AU-PAIR24 //**  
*Application for the insurance AU-PAIR24*

Dialog Versicherung AG  
 Generali Deutschland Krankenversicherung AG  
 vermittelt durch // provided by DR-WALTER GmbH

Feld für besondere Vermerke // Space for special notices | Ausgebende Organisation // Issuing organisation [00001] | Versicherungsnummer (wird bei Eingang vergeben) // Policy no. (to be indicated after application)

**Antragsteller (Gastmutter oder Gastvater) // Applicant (host father or host mother)**

<input type="checkbox"/> Frau // Ms		
<input type="checkbox"/> Herr // Mr	Vorname // First name	Nachname // Family name
Adresse in Deutschland oder Österreich: Straße, Hausnummer, PLZ, Ort // Address in Germany or Austria: Street, Street number, Postal code, City		
Telefon // Telephone	Fax	Email

**Folgendes Au-pair soll versichert werden // The following au pair shall be insured**

<input type="checkbox"/> Frau // Ms		
<input type="checkbox"/> Herr // Mr	Vorname // First name	Nachname // Family name
Geburtsdatum (Höchstalter 29 Jahre) // Date of birth (age limit 29 years)		Staatsangehörigkeit // Nationality
Versicherungsbeginn (Einreisedatum/Datum des Familienwechsels/voraussichtliches Einreisedatum) // Start of insurance (date of arrival/date of family change/estimated date of arrival)		Versicherungsende (voraussichtliches Ausreisedatum) // End of insurance (estimated departure date)

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

<input type="checkbox"/> AU-PAIR24 M	Monatlicher Beitrag // Monthly fee	39 €
<input type="checkbox"/> AU-PAIR24 L	Monatlicher Beitrag // Monthly fee	44 €
<input type="checkbox"/> AU-PAIR24 Z	Monatlicher Beitrag // Monthly fee	9 €

**Zahlungsweise // Payment**

<input type="checkbox"/> Monatliche Zahlung durch SEPA-Lastschriftmandat von folgendem Konto: // Monthly payment by SEPA direct debit mandate to the following account:	
<input type="checkbox"/> Einmalzahlung durch SEPA-Lastschriftmandat von folgendem Konto: // Single payment in one sum by SEPA direct debit mandate to the following account:	
IBAN <input type="text"/>   BIC <input type="text"/>	
<p>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.</p> <p>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.</p>	<p>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.</p> <p>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.</p>
Kontoinhaber (Vorname, Nachname) // Account holder (first name, family name)	Unterschrift des Kontoinhabers // Signature of account holder

<input type="checkbox"/> Überweisung des Gesamtbeitrages auf das Konto der DR-WALTER GmbH, Postbank Köln, BIC: PBNKDEFF, IBAN: DE03 3701 0050 0212 0765 00 (Kopie der Überweisung liegt bei) // Payment of total sum by bank transfer to DR-WALTER GmbH, Postbank Köln, BIC: PBNKDEFF, IBAN: DE03 3701 0050 0212 0765 00 (proof of payment attached)
--

**Wichtiger Hinweis und Unterschrift // Important note and signature**

Der Versicherungsschutz besteht, ordnungsgemäße Zahlung vorausgesetzt, ab dem beantragten Zeitpunkt, jedoch frühestens ab Eingang des Antrags bei der DR-WALTER GmbH.

Bevor Sie diese Anmeldung unterschreiben, beachten Sie bitte auf der Rückseite die Schlusserklärungen sowie die weiteren wichtigen Hinweise. Diese Erklärungen sind wichtiger Bestandteil des Vertrages. Mit Ihrer Unterschrift machen Sie die Schlusserklärungen zum Bestandteil dieses Vertrages.

Ich beantrage Versicherungsschutz nach Maßgabe der beiliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Provided the appropriate premium has been paid, insurance cover shall commence on the date applied for but not before DR-WALTER GmbH has received this application.

Please see final declarations and important legally binding information on the backside of this form before you sign this application. These details are integral parts of the contract. With your signature, you agree to the final declarations as an element of the contract.

I wish to purchase insurance coverage according to the enclosed general insurance conditions.

Ort, Datum // Date, Place	Unterschrift des Antragstellers // Signature of applicant
---------------------------	---

# Schlusserklärung des Antragstellers und der zu versichernden Person sowie weitere wichtige Hinweise // Final declaration of the applicant and the person to be insured as well as other important legally binding information

## Ermächtigung zur Datenübermittlung

Ich willige ein, dass die Versicherer und die DR-WALTER GmbH, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient, allgemeine Vertrags-, Abrechnungs- und Leistungsdaten in Datensammlungen führen. Die allgemeinen Vertrags- und Abrechnungsdaten können außerdem an die vermittelnde Agentur weitergegeben werden.

## Vertragsgrundlagen

Das Produkt AU-PAIR24 setzt sich aus einer Versicherungskombination aus rechtlich unabhängigen Versicherungsverträgen zusammen, die exklusiv über die DR-WALTER GmbH bzw. deren Vertriebspartner angeboten werden.

Der Krankenversicherung liegen die Allgemeinen Versicherungsbedingungen Tarif AP24 (AVB AP24 2017) der Generali Deutschland Krankenversicherung AG zugrunde.

Für die Haftpflicht- und Abschiebekostenversicherung gelten die Allgemeinen Haftpflicht-Versicherungsbedingungen (AHB 2008) sowie die Besonderen Bedingungen zur Privathaftpflichtversicherung AP24 (2008) der Dialog Versicherung AG (vormals Generali Versicherung AG).

Für die Unfallversicherung gelten die Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB 2008) sowie die Besonderen Bedingungen zur Unfallversicherung AP24 (2008) der Dialog Versicherung AG (vormals Generali Versicherung AG).

Auf das Versicherungsverhältnis findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung. Die für Beschwerden zuständige Aufsichtsbehörde ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn.

Darüber hinaus können Sie sich bei Beschwerden auch an einen außergerichtlichen Streitschlichter wenden:

- bei Beschwerden zum Thema Krankenversicherung an den Ombudsmann für die Private Kranken- und Pflegeversicherung, Postfach 060222, 10052 Berlin
- bei Beschwerden, die nicht die Krankenversicherung betreffen, an den Versicherungs-Ombudsmann, Postfach 080632, 10006 Berlin

Der Ombudsmann ist zugleich Schlichtungsstelle zur außergerichtlichen Beilegung von Streitigkeiten bei Versicherungsverträgen mit Verbrauchern und zwischen Versicherungsvermittlern und Versicherungsnehmern. Seine Entscheidungen sind für den Versicherer nicht bindend. Die Möglichkeit zur Einleitung eines gerichtlichen Verfahrens bleibt unberührt.

## Vertragspartner

Für dieses Versicherungsprodukt arbeitet die DR-WALTER GmbH mit ausgewählten, renommierten Versicherungsgesellschaften zusammen:

Den Versicherungsschutz für die Krankenversicherung gewährt die: Generali Deutschland Krankenversicherung AG, Hansaring 40-50, 50670 Köln. Sitz: München, Amtsgericht München HRB 257065

Den Versicherungsschutz für die Unfall- und Haftpflichtversicherung sowie die Abschiebekostenversicherung gewährt die: Dialog Versicherung AG, Adenauerring 7, 81737 München. Sitz: München, Registergericht: Amtsgericht München, HRB 234855

## Zusammensetzung der Versicherungsprämie:

Der Beitrag für Ihre Versicherung ist ein Einmalbeitrag und setzt sich aus der Vertragslaufzeit (Anzahl der Monate) und dem gewählten Tarif zusammen. Bei Erteilung einer monatlichen Einzugsermächtigung wird der Einmalbeitrag gestundet und in Teilbeiträgen monatlich eingezogen.

Der monatliche Gesamtbeitrag setzt sich wie folgt aus Krankenversicherungsbeitrag (Anteil KV) und Haftpflicht-/Unfallversicherungsbeitrag (Anteil HU) zusammen (in €):

	Beitrag	Anteil KV	Anteil HU
AU-PAIR24 M	39	35	4
AU-PAIR24 L	44	35	9
AU-PAIR24 Z	9	0	9

## Widerrufsbelehrung

Sie können Ihre Vertragserklärung ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Der Widerruf muss innerhalb einer Frist von zwei Wochen ab Vertragsschluss erfolgen. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Ihren Widerruf richten Sie an:

Generali Deutschland Krankenversicherung AG, Dialog Versicherung AG  
c/o DR-WALTER GmbH  
Eisenerzstraße 34  
53819 Neunkirchen-Seelscheid

T +49(0) 2247 9194-0, F +49(0) 2247 9194-40, info@dr-walter.com

## Kontakt

Bitte wenden Sie sich bei allen Fragen zur Vertrags- und Leistungsabwicklung an unser Büro:

DR-WALTER GmbH  
Eisenerzstraße 34  
53819 Neunkirchen-Seelscheid

Registergericht Siegburg HRB 4701  
Geschäftsführer: Dipl.-Kfm. Reinhard Bellinghausen (CEO), Angelika V. Kolmer (COO)

Postbank Köln  
IBAN: DE 03 3701 0050 0212 0765 00  
BIC: PBNKDEFF

T +49(0) 2247 9194-0  
F +49(0) 2247 9194-40

www.dr-walter.com  
info@dr-walter.com  
www.au-pair24.de

## Consent clause

I consent to the insurers and DR-WALTER GmbH as far as it serves the duly accomplishment of my insurance matters to record general contract data, contribution data and insurance cases in data pools. General data may also be transmitted to the agency where the insurance was purchased.

## Contract basis

AU-PAIR24 is a combination of legally independent insurance contracts exclusively sold by DR-WALTER GmbH and its partners.

The health insurance policy is based on the General Insurance Conditions Tarif AP24 (AVB AP24 2017) of Generali Deutschland Krankenversicherung AG.

The liability insurance policy and the deportation costs insurance policy are based on the General Liability Insurance Conditions (AHB 2008) and the Special Liability Insurance Conditions AP24 (2008) of Dialog Versicherung AG (formerly Generali Versicherung AG).

The accident insurance policy is based on the General Accident Insurance Conditions (AUB 2008) and the Special Accident Insurance Conditions AP24 (2008) of Dialog Versicherung AG (formerly Generali Versicherung AG).

The insurance policy is governed by German Law. In case of appeal, the responsible supervisory authority is the Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (Federal Financial Supervisory Authority), Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn.

In case of appeal, you are furthermore entitled to apply to an extra-judicial arbitrator:

- If you have any complaints regarding health insurance topics, please direct them to the ombudsman for private health and long term care insurance:  
Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung, Postfach 060222, 10052 Berlin
- Please direct all other complaints to the insurance ombudsman:  
Versicherungs-Ombudsmann e. V., Postfach 080632, 10006 Berlin

The ombudsman is both extra-judicial arbitrator for the settlement of disputes regarding insurance contracts with consumers and for the settlement of disputes between insurance brokers and insured persons. His decisions are not binding for the insurer. The possibility of initiating legal proceedings remains unaffected.

## Contract partners

With respect to this insurance product, DR-WALTER GmbH works together with selected, renowned insurance companies.

Insurance coverage for health insurance is provided by:  
Generali Deutschland Krankenversicherung AG, Hansaring 40-50, 50670 Cologne.  
Registered office: Munich; Amtsgericht München (Registration Court), HRB 257065

Insurance coverage for accident insurance, liability insurance and deportation costs insurance is provided by:  
Dialog Versicherung AG, Adenauerring 7, 81737 München  
Registered office: Munich; Amtsgericht München (Registration Court), HRB 234855

## Portions of insurance fee:

Your insurance premium is a single premium depending on contract period (number of months) and selected tariff. In case of a monthly direct debit mandate, the single premium is deferred and will be collected in monthly installments.

The total monthly fee is divided into a health insurance fee (HI portion) and a liability and accident insurance fee (L&A portion) according to the following overview (in €):

	Fee	HI portion	L&A portion
AU-PAIR24 M	39	35	4
AU-PAIR24 L	44	35	9
AU-PAIR24 Z	9	0	9

## Right of revocation

You can revoke your contractual declaration in writing (e.g. letter, fax, email) without giving reasons within two weeks after conclusion of the contract. Timely sending of the revocation statement is sufficient for complying with the revocation period. Please send your revocation to:

Generali Deutschland Krankenversicherung AG, Dialog Versicherung AG  
c/o DR-WALTER GmbH  
Eisenerzstraße 34  
53819 Neunkirchen-Seelscheid  
Germany

T +49(0) 2247 9194-0, F +49(0) 2247 9194-40, info@dr-walter.com

## Contact

For any questions regarding contract and claims handling, please contact our office:

DR-WALTER GmbH  
Eisenerzstraße 34  
53819 Neunkirchen-Seelscheid  
Germany

Registergericht Siegburg (Registration Court) HRB 4701  
Executive Manager: Dipl.-Kfm. Reinhard Bellinghausen (CEO), Angelika V. Kolmer (COO)

Bank account at Postbank Köln  
IBAN: DE 03 3701 0050 0212 0765 00  
BIC: PBNKDEFF

T +49(0) 2247 9194-0  
F +49(0) 2247 9194-40

www.dr-walter.com  
info@dr-walter.com  
www.au-pair24.de