

An: Sicher Reisen Nitzsche GmbH	Von:
Telefon: +49 89 72301 - 0	Telefon:
Fax: + 49 89 72301 - 22	Fax:
E-mail: <a href="mailto:info@sicher-reisen.de">info@sicher-reisen.de</a>	Firma:

**Bestellformular für eine Reisekrankenversicherung (Europa / tageweise) :**

Name des Bestellers: \_\_\_\_\_

Adresse & Telefonnummer: \_\_\_\_\_ :

---

Name des/der Reisenden: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Versicherungszeitraum: \_\_\_\_\_ Preis pro Tag: \_\_\_\_\_

Datum der Bestellung: \_\_\_\_\_ Unterschrift des Bestellers: \_\_\_\_\_

**Preise pro Tag für die ERGO Krankenversicherung (Europa) für Reisen von 1-45 Tage:**

Personen bis 40 Jahre: mit SB: 1,60 Euro / ohne SB 2,20 Euro

Personen ab 41 bis 64 Jahre: mit SB 2,00 Euro / ohne SB 2,40 Euro

Personen ab 65 Jahre: mit SB EUR 4,30 / ohne SB 7,20 Euro

Paare oder Familien bis 40 Jahre: mit SB: 2,50 Euro / ohne SB 5,10 Euro

Paare oder Familien ab 41 bis 64 Jahre: mit SB 2,70 Euro / ohne SB 5,50 Euro

Paare oder Familien ab 65 Jahre: mit SB EUR 6,30 / ohne SB 12,20 Euro

**Preise pro Tag für die ERGO Krankenversicherung (Europa) für Reisen von 1–365 Tage:**

Personen bis 40 Jahre: mit SB: 1,80 Euro / ohne SB 2,70 Euro

Personen ab 41 bis 64 Jahre: mit SB 2,20 Euro / ohne SB 3,10 Euro

Personen ab 65 Jahre: mit SB EUR 6,00 / ohne SB 9,40 Euro

Paare oder Familien bis 40 Jahre: mit SB: 3,00 Euro / ohne SB 5,40 Euro

Paare oder Familien ab 41 bis 64 Jahre: mit SB 3,50 Euro / ohne SB 5,70 Euro

Paare oder Familien ab 65 Jahre: mit SB EUR 12,10 / ohne SB 19,40 Euro

**Der Versicherungsbeitrag ist ausschließlich über Lastschrift zahlbar.**

**Bitte unbedingt ausfüllen: Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschriften**

Name und Anschrift des Kontoinhabers: \_\_\_\_\_

---

**An Zahlungsempfänger:**

ERGO Reiseversicherung AG

Thomas-Dehler-Str. 2, 81737 München

*Hiermit ermächtigen ich / wir Sie widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen wegen "Versicherungsbeiträge" bei Fälligkeit zu Lasten meines / unseres Kontos mit der IBAN \_\_\_\_\_*

*BIC \_\_\_\_\_ bei (Name d.Bank) \_\_\_\_\_  
durch Lastschrift einzuziehen.*

*Wenn mein / unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.*

Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten für Zwecke der Auftragsabwicklung und Abrechnung digital gespeichert (10 Jahre), verarbeitet und weitergeleitet werden.

Ort, Datum Unterschrift

---