

Antrag auf Reiserücktrittskosten-Versicherung



Ecclesia Versicherungsdienst GmbH • Klingenbergstraße 4 • 32758 Detmold • Telefon +49 (0) 5231 603-6487 • Telefax +49 (0) 5231 603-372

Veranstalter Stiftung Kardinal von Galen, Stapelfelder Kirchstr. 13, 49661 Cloppenburg		Aktenzeichen 0716 21 0013					
Ich beantrage Versicherungsschutz für den Kurs Nr. _____ vom _____ bis _____							
Gesamtkosten (Kursgebühr und Vollpension) von _____ €							
Vor- und Zuname		Geburtsdatum					
Straße, Hausnummer		PLZ, Wohnort					
<input type="checkbox"/> Ich wünsche die Absicherung der Stornokosten bis zu 100 % mit Selbstbehalt. Bei jedem Versicherungsfall beträgt der Selbstbehalt 25,00 €. Wird der Versicherungsfall durch Krankheit ausgelöst, beträgt der Selbstbehalt 20 % des erstattungsfähigen Schadens, mindestens jedoch 25,00 €.							
Kosten bis	250,00 €	Prämie	6,80 €	Kosten bis	750,00 €	Prämie	20,40 €
Kosten bis	375,00 €	Prämie	10,50 €	Kosten bis	1.000,00 €	Prämie	26,40 €
Kosten bis	500,00 €	Prämie	14,20 €	Kosten bis	2.000,00 €	Prämie	32,50 €
<input type="checkbox"/> Ich wünsche die Absicherung der Stornokosten bis zu 100 % ohne Selbstbehalt.							
Kosten bis	250,00 €	Prämie	9,10 €	Kosten bis	750,00 €	Prämie	27,40 €
Kosten bis	375,00 €	Prämie	14,20 €	Kosten bis	1.000,00 €	Prämie	35,60 €
Kosten bis	500,00 €	Prämie	19,10 €	Kosten bis	2.000,00 €	Prämie	43,90 €
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE72ZZZ00000117304. Die Mandatsreferenznummer wird Ihnen mit der Rechnung mitgeteilt.							
Die Bestätigung des Versicherungsschutzes setzt zwingend die Erteilung der Einzugsermächtigung voraus.							
Wir ermächtigen die Ecclesia Versicherungsdienst GmbH, Zahlungen von unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weisen wir unseren Zahlungsdienstleister an, die von Ihnen auf unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Beitrages verlangen. Es gelten dabei die mit unserem Zahlungsdienstleister vereinbarten Bedingungen. In Zukunft werden wir Sie zudem spätestens fünf Tage vor Fälligkeit der anstehenden Lastschriften über deren Höhe informieren – einen entsprechenden Hinweis nehmen wir zukünftig mit in die Rechnung auf.							
Bankverbindung							
IBAN		BIC					
Kreditinstitut		Kontoinhaber					

Ort/Datum

Unterschrift

Bitte schicken Sie das ausgefüllte und unterschriebene Formular an
 Ecclesia Versicherungsdienst GmbH, Klingenbergstr. 4, 32758 Detmold
 per Fax an +49 (0) 5231 603-372 oder
 per E-Mail an reise-service@ecclesia.de