

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 €
Kosten bis 375,00 €	Prämie 10,50 €	Kosten bis 1.000,00 €
Kosten bis 500,00 €	Prämie 14,20 €	Kosten bis 2.000,00 €
		Prämie 20,40 €
		Prämie 26,40 €
		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 €
Kosten bis 375,00 €	Prämie 14,20 €	Kosten bis 1.000,00 €
Kosten bis 500,00 €	Prämie 19,10 €	Kosten bis 2.000,00 €
		Prämie 27,40 €
		Prämie 35,60 €
		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