



# PARTICIPATIVE INTERNATIONAL MEDICAL INSURANCE

Mutualist, affordable, ethical



## ANTRAG DER WRLIFE (pro Zu Versichernde Person)

<b>Auswanderungsland:</b>		<b>Geschlecht:</b>	
<b>Nationalität:</b>		<b>Reisepassnummer:</b>	
<b>Vorname:</b>		<b>Weitere Vornamen:</b>	
<b>Geburtsdatum:</b>		<b>Nachname:</b>	
<b>Körpergröße (cm)</b>		<b>Körpergewicht (kg):</b>	
<b>Telefonnummer:</b>			
<b>E-mail:</b>			

<b>CHRONISCHE VORERKRANKUNGEN (FALLS VORHANDEN):</b>

<b>OPERATIONEN IN DEN LETZTEN 5 JAHREN, KÜNSTLICHE GELENKE, MEDIKAMENTE:</b>

<b>BESTEHT BEREITS EINE VORVERSICHERUNG (KEINE REISEVERSICHERUNG) BITTE SENDEN SIE UNS EIN BILD DAVON:</b>

<b>ZAHLUNGSINTERVALL:</b>							
<b>monatlich:</b>		<b>vierteljährl.:</b>		<b>halbjährlich:</b>		<b>jährlich:</b>	

<b>GEWÜNSCHTE WÄHRUNG:</b>							
<b>USD</b>		<b>EUR</b>		<b>GBP</b>		<b>THB</b>	

<b>ZAHLUNGSART:</b>			
<b>KREDITKARTE:</b>		<b>BANK TRANSFER:</b>	
<b>KARTENINHABER:</b>			
<b>KARTENNUMMER:</b>			

<b>VISA KARTE</b>		<b>MASTER KARTE</b>		<b>AMEX CARD</b>			
<b>GÜLTIG BIS:</b>				<b>3 stellige Prüfziffer:</b>			

Bitte senden Sie den ausgefüllten Antrag an Ihren Berater oder an die E-mail: [service@expats-insurance.com](mailto:service@expats-insurance.com)

WrLife Insurer licence 51230, Broker licence 16000457





# PARTICIPATIVE INTERNATIONAL MEDICAL INSURANCE

Mutualist, affordable, ethical

## KRANKENVERSICHERUNG

INTERNATIONALE TARIFE:					
SERENITY 100,000 USD		AMBULANTER SCHUTZ		ZÄHNE / AUGEN ZUSATZ	
SERENITY 200,000 USD		AMBULANTER SCHUTZ		ZÄHNE / AUGEN ZUSATZ	
SERENITY 400,000 USD		AMBULANTER SCHUTZ		ZÄHNE / AUGEN ZUSATZ	
SERENITY 600,000 USD		AMBULANTER SCHUTZ		ZÄHNE / AUGEN ZUSATZ	
SERENITY 800,000 USD		AMBULANTER SCHUTZ		ZÄHNE / AUGEN ZUSATZ	
SERENITY 1,000,000 USD		AMBULANTER SCHUTZ		ZÄHNE / AUGEN ZUSATZ	
ELITE 2,000,000 USD		AMBULANTER SCHUTZ		ZÄHNE / AUGEN ZUSATZ	

ECONOMY TARIFE:					
ECONOMY PLAN 10,000 USD		AMBULANTER SCHUTZ		ZÄHNE / AUGEN ZUSATZ	
ECONOMY PLAN 20,000 USD		AMBULANTER SCHUTZ		ZÄHNE / AUGEN ZUSATZ	
ECONOMY PLAN 40,000 USD		AMBULANTER SCHUTZ		ZÄHNE / AUGEN ZUSATZ	
ECONOMY PLAN 80,000 USD		AMBULANTER SCHUTZ		ZÄHNE / AUGEN ZUSATZ	

MICRO TARIFE:					
MICRO PLAN 1,000 USD		AMBULANTER SCHUTZ		ZÄHNE / AUGEN ZUSATZ	
MICRO PLAN 2,000 USD		AMBULANTER SCHUTZ		ZÄHNE / AUGEN ZUSATZ	
MICRO PLAN 3,000 USD		AMBULANTER SCHUTZ		ZÄHNE / AUGEN ZUSATZ	

GEWÜNSCHTE SELBSTBETEILIGUNG:									
0 USD		500 USD		1,000 USD		2,000 USD		5,000 USD	

STARTDATUM:		EVAKUIERUNG ODER RÜCKFÜHRUNG IN DAS HERKUNFTSLAND:	
-------------	--	--	--

ANSCHRIFT + KONTAKTPERSON IM SCHADENSFALL:

Bitte senden Sie den ausgefüllten Antrag an Ihren Berater oder an die E-mail: [service@expats-insurance.com](mailto:service@expats-insurance.com)

WrLife Insurer licence 51230, Broker licence 16000457





# PARTICIPATIVE INTERNATIONAL MEDICAL INSURANCE

Mutualist, affordable, ethical

## LEBENSVERSICHERUNG

### ABSICHERUNGSSUMME IM TODESFALL ODER BEI SCHWERER BEHINDERUNG DURCH KRANKHEIT

<b>BENÖTIGTES KAPITAL:</b>	10,000 USD		20,000 USD		30,000 USD	
40,000 USD		50,000 USD		100,000 USD		200,000 USD

### ABSICHERUNGSSUMME IM TODESFALL ODER BEI SCHWERER BEHINDERUNG DURCH UNFALL

<b>BENÖTIGTES KAPITAL:</b>	10,000 USD		20,000 USD		30,000 USD	
40,000 USD		50,000 USD		100,000 USD		200,000 USD

PRIVATE HAFTPFLICHT:

KOMMENTARE:

Datum

Unterschrift

Bitte senden Sie den ausgefüllten Antrag an Ihren Berater oder an die E-mail: [service@expats-insurance.com](mailto:service@expats-insurance.com)

WrLife Insurer licence 51230, Broker licence 16000457

