

# Antrag zur ACE Studentenversicherung

– Bitte vollständig in Druckbuchstaben ausfüllen –

## Ihre persönlichen Daten:

Anrede	_____	Straße/Nr.	_____
Vorname	_____	PLZ/Ort	_____
Nachname	_____	Telefon	_____
Geburtsdatum	_____	E-Mail	_____

## Ihr gewünschter Versicherungsschutz:

- Ja, ich möchte mich während meines Studiums absichern, mit der:
- Studentenversicherung normal** (Studium-Unterbrechungsleistung) für 37 €/Jahr
  - Studentenversicherung ideal** (normal plus einmaliges Krankenhaus-Tagegeld) für 57 €/Jahr
  - Studentenversicherung genial** (ideal plus Studium-Abbruch-Invaliditätsleistung) für 97 €/Jahr

Ihr gewünschter Versicherungsbeginn: (frühestens ab Antragseingang) \_\_\_\_\_

Der Versicherungsvertrag wird zunächst für die Dauer von sechs Monaten abgeschlossen. Er verlängert sich um weitere sechs Monate, sofern nicht einem der Vertragspartner spätestens einen Monat vor Ablauf eine schriftliche Kündigung zugegangen ist.

Ihre gewünschte Zahlungsweise:  jährlich  halbjährlich

**Ihre Ermächtigung zum Lastschriftinzug** (Der Widerruf dieser Ermächtigung ist jederzeit schriftlich möglich.) Ich ermächtige die ACE European Group Limited, fällige Versicherungsbeiträge von meinem nachfolgend genannten Konto per Lastschrift bzw. über meine Kreditkarte einzuziehen.

Kontoinhaber	_____	Kontonummer	_____
Bank	_____	BLZ	_____

American Express  Mastercard  Diners  VISA  
Kartennummer \_\_\_\_\_ gültig von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Ja, ich möchte auch weiterhin über Produkte, Entwicklungen und Neuheiten von ACE informiert werden.

## Ihre Rechte/Grundlagen des Vertrages

Die dem Vertrag zugrunde liegenden ACE Studentenversicherungsbedingungen + Verbraucherinformationen 2003 erhalten Sie mit dem Versicherungsschein, auf Wunsch auch früher. Sie haben das Recht, den Vertrag innerhalb von zwei Wochen nach Erhalt dieser Unterlagen zu widerrufen. Sie willigen mit Ihrer Unterschrift auf dem Antrag ein, dass ACE im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung ergeben, an Rück- und andere Versicherer übermittelt. Außerdem entbinden Sie hiermit Dritte (z.B. Ärzte) im Versicherungsfall von ihrer Schweigepflicht.

- Ich, der Unterzeichnende, versichere, dass ich mich nicht in dauernder medizinischer Behandlung oder Beobachtung befinde sowie in den letzten 3 Jahren nicht wegen chronischer Krankheiten in Behandlung und nicht länger als 3 Monate arbeitsunfähig war.
- Vorstehendes trifft nicht zu. Informationen über Krankheiten und Namen/Anschriften der behandelnden Ärzte liegen bei.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Für alle Fragen rund um Ihren Versicherungsschutz steht Ihnen der ACE Kundenservice montags bis freitags in der Zeit von 8.30 bis 17.00 Uhr unter folgender Rufnummer gerne zur Verfügung: +49 (0)69 7561 3 507 oder wenden Sie sich an: de.affinity@ace-ina.com

**Am schnellsten geht's per Fax:**

+49(0)69 75613 250

---

Antwort

**ACE European Group Limited**

Direktion für Deutschland

Personenversicherungen

Lurgiallee 10

60439 Frankfurt am Main