

Fragebogen

Zur Angebotserstellung beantworten Sie bitte folgende Fragen

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen per Post, Fax oder E-Mail an:

Europäische Reiseversicherung AG, Vertragsservice, Kratochwjlestraße 4, A-1220 Wien

Fax +43/1/319 93 67-73900, E-Mail: cti@europaeische.at

1. Allgemeine Unternehmensdaten (Versicherungsnehmer)

1.1. Firmenname _____

1.2. Unternehmensgegenstand/Branche _____

1.3. Anzahl der Mitarbeiter gesamt _____

1.4. Adresse _____

1.5. PLZ _____ Ort _____ Land _____

1.6. Homepage _____

2. Kontaktperson

2.1. Name _____ Position _____

2.2. Telefon _____ Fax _____

2.3. E-Mail _____

3. Reisetätigkeit

3.1. **Niederlassungen/Tochterunternehmen:** Sollen Mitarbeiter von Niederlassungen und Tochterunternehmen im Rahmen dieses Vertrages versichert werden? Ja* Nein

* Bitte eine Liste mit Firmennamen und Adressen der einzuschließenden Unternehmen beilegen.

Bitte in den Vertrag einzuschließende Niederlassungen und Tochterunternehmen bei Beantwortung der folgenden Fragen miteinbeziehen:

3.2. **Anzahl der reisenden Mitarbeiter:** _____ Personen pro Jahr

3.3. **Reisetage:** Bitte geben Sie die Anzahl der Reisetage pro Jahr nach Reiseziel an:

Inland _____ Tage pro Jahr

Restliches Europa _____ Tage pro Jahr
(ohne Inland)

Weltweit _____ Tage pro Jahr
(ohne Europa u. ohne Inland)

3.4. **Reiseländer:** Bitte geben Sie die vorwiegenden Reiseländer an

3.5. **Gruppengröße:** Die Gruppengröße pro Reise beträgt durchschnittlich _____ Personen und maximal _____ Personen.

3.6. **Reisedauer:** Die maximale durchgängige Reisedauer beträgt 90 Tage 180 Tage

3.7. **Tätigkeitsbereiche:** Bitte geben Sie die Verteilung der Reisetage an:

Administration, Vertrieb, Einkauf, Beratung, Bildung, IT _____ %
 Forschung & Entwicklung, Medizin, Chemie _____ %
 Bau, Montage, Handwerk, Elektrotechnik _____ %
 Tätigkeiten mit Gefahrgütern, Bergbau, Security _____ %
 anderes _____ %

Hinweis: Jedenfalls nicht dem Versicherungsschutz unterliegt die

- Luftfahrt, außer als Passagier in einem Luftfahrzeug, für das eine Passagiertransportbewilligung vorliegt und
- Teilnahme an Marine-, Militär- oder Luftwaffen-Diensten oder -Operationen.

4. Gewünschter Deckungsumfang

Bitte wählen Sie die gewünschten Module und Versicherungssummen aus:

4.1. **Modul A: Medizinische Leistungen**

4.2. **Modul B: Reiseunfallversicherung**

Invaliditätsleistung ab 2 % ab 50 % ab _____ % (individuell wählbar von 2 % bis 50 %)

	Invalidität	Tod
Versicherungssumme	<input type="checkbox"/> € 40.000,-	<input type="checkbox"/> € 15.000,-
(pro Person)	<input type="checkbox"/> € 80.000,-	<input type="checkbox"/> € 30.000,-
	<input type="checkbox"/> € 120.000,-	<input type="checkbox"/> € 45.000,-
	<input type="checkbox"/> € _____	<input type="checkbox"/> € _____
	(individuell wählbar von € 40.000,- bis € 365.000,-)	(individuell wählbar von € 15.000,- bis € 145.000,-)

4.3. **Modul C: Unvorhergesehene Reiseänderungen**

4.4. **Modul D: Reisegepäckversicherung**

Zeitwertersatz Neuwertersatz

Versicherungssumme	<input type="checkbox"/> € 2.000,-	<input type="checkbox"/> € 6.000,-	<input type="checkbox"/> € 10.000,-
(pro Person)	<input type="checkbox"/> € 3.000,-	<input type="checkbox"/> € 7.000,-	<input type="checkbox"/> € 11.000,-
	<input type="checkbox"/> € 4.000,-	<input type="checkbox"/> € 8.000,-	<input type="checkbox"/> € _____
	<input type="checkbox"/> € 5.000,-	<input type="checkbox"/> € 9.000,-	(individuell wählbar von € 2.000,- bis € 11.000,-)

4.5. **Modul E: Hilfe rund um das Kfz**

Anzahl der Firmen-Kfz _____

4.6. **Modul F: Reiseprivathaftpflichtversicherung**

Firmenstempel

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Vermittlernummer _____
(wird von Ihrem Betreuer ausgefüllt)