


VERSICHERUNGSVERTRAG NACH TARIF TOURING (FÜR MITGLIEDER DES ACL)
CONTRAT D'ASSURANCE TARIF TOURING (POUR LES MEMBRES DE L'ACL)

Versicherungsnummer / Numéro d'assurance				Beginn der Versicherung: (Tag / Monat / Jahr) / Début d'assurance : (jour / mois / année)			
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">50</div>				<div style="display: flex; align-items: center; gap: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center; line-height: 20px;">0</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center; line-height: 20px;">1</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center; line-height: 20px;">/</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center; line-height: 20px;">/</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center; line-height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center; line-height: 20px;"></div> </div>			
Name, Vorname des Antragstellers / Nom, Prénom du preneur d'assurance				Geburtsdatum / Date de naissance			
Straße und Hausnummer / Rue et numéro				Geschlecht / Sexe			
				<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> f			
PLZ und Ort / Code postal et localité							
Telefon / Téléphone				E-mail / E-mail			

Angabe der Familienmitglieder: Ich beantrage hiermit für folgende Familienmitglieder den Abschluss einer Auslandsreisekrankenversicherung zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen des Tarifs TOURING. (Sollte der Platz nicht ausreichen, führen Sie bitte weitere Familienmitglieder auf einem separaten Blatt mit Angabe der Versicherungsnummer auf.)

Liste des membres de la famille à assurer : Par la présente, je demande la conclusion d'un contrat d'assurance voyage à l'étranger aux Conditions Générales d'Assurance tarif TOURING pour les membres suivants de ma famille (si la place ne suffisait pas, inscrivez les autres membres de votre famille sur une feuille volante en rappelant le numéro d'assurance).

Name, Vorname / Nom et Prénom	Verwandtschaftsverhältnis / Lien de parenté	Geburtsdatum / Date de naissance	Geschlecht / Sexe
			<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> f
			<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> f
			<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> f
			<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> f
			<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> f

Besteht bereits eine Versicherung bei der DKV Luxembourg?
Existe-il une autre assurance auprès de la DKV?

☐ nein / non
☐ ja / oui

Sie können die Prämie auch direkt auf eines der folgenden Konten von ACL-Services S.A. unter Angabe Ihrer Versicherungsnummer überweisen.
Vous pouvez verser la prime directement sur un des comptes suivants de l'ACL-Services S.A. Veuillez s.v.p. mentionner votre numéro de police.

BGLLUULL LU24 0030 1355 1843 0000	BCELUULL LU58 0019 2300 0029 5000	BILLLUULL LU79 0027 1002 3310 0000
CCRALUULL LU20 0090 0000 0078 0007	CCPLLUULL LU07 1111 2538 3482 0000	BLXLUULL LU30 0080 3874 0100 1003

Beitrag erhalten, Ort, Datum, Stempel / Prime reçue, lieu, date, tampon

JAHRESBEITRÄGE | PRIME ANNUELLE
(inkl. Versicherungssteuer)
(taxe sur les assurances incluse)

<input type="checkbox"/> EINZELVERSICHERUNG ASSURANCE INDIVIDUELLE Eintrittsalter / Âge entrée 0-69 36 € ab / à partir de 70 105 €	<input type="checkbox"/> FAMILIENVERSICHERUNG ASSURANCE FAMILIALE Eintrittsalter / Âge entrée 0-69 90 €
--	---

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Datenschutzklausel zur Kenntnis genommen und anerkannt zu haben.
En signant ci-dessous, je déclare avoir pris connaissance et accepter les Conditions Générales d'Assurance et les clauses relatives à la protection des données.

Ort, Datum, Unterschrift / Localité, date, signature

DKV Luxembourg S.A.

 11-13, rue Jean Fischbach
 L-3372 Leudelange
 T +352/42 64 64-1
 F +352/42 64 64-250

info@dkv.lu · www.dkv.lu

 R.C. Luxembourg, B 45 762
 Société Anonyme

 Automobile Club
 du Luxembourg
 54, route de Longwy
 L-8080 Bertrange
 T +352/45 00 45-1
 F +352/45 04 55

acl@acl.lu · www.acl.lu

 24 h/24 | 7j/7
 T +352/25 36 36-333