

Antragsteller / Applicant Name

Die Versicherung kann nur unter Angabe einer Adresse in Deutschland beantragt werden. / Insurance can only be applied for, if an address in Germany is given.

<input type="checkbox"/> Herr / Mr.	Name / name	Vorname / First name	Straße, Hausnr., (ggf. Zimmer- / App.-Nr.) / Street, No., (room / app. No.)	
<input type="checkbox"/> Frau / Ms.				
Postleitzahl, Wohnort / ZIP, Place of residence			E-Mail / e-mail	
Heimatland / Home country	Reisepassnummer / Passport No.		Versandart der Vertragsunterlagen / Mailing Type of insurance documents	
		<input type="checkbox"/> per Post / by post		<input type="checkbox"/> per E-Mail / by e-mail
Geburtsdatum / Date of birth	Telefon / Phone		Vers.-Beginn / Inception of insurance cover	Versicherungsdauer / Period of insurance*
		01. ____ 20____		____ Monat/e / Month/s

Tarif & Prämien / Tariff & premiums

1.-12. Monat / Month

13.-60. Monat / Month

<input type="checkbox"/> mawista science mit Kranken-, Notruf- und Haftpflichtversicherung / with health, emergency call and liability insurance	bis 40 Jahre / up to 40 years € 44,80 41 - 55 Jahre / 41 - 55 years € 88,50	bis 40 Jahre / up to 40 years € 72,10 41 - 55 Jahre / 41 - 55 years € 143,10
<input type="checkbox"/> mawista science Gepäck Gepäckversicherung / Luggage insurance	€ 16,90	€ 18,90

Versicherer / Insurer: Allianz Global Assistance – AGA International S.A., Ludmillastr. 26, 81543 München, Deutschland

Zahlungsart / Payment method

Monatliche Zahlung per Lastschrift/einzugsermächtigung / Monthly payment per direct debit

Bitte geben Sie Ihre deutsche Bankverbindung an / Please enter your German bank details:

Kontoinhaber / Account holder		
<input type="checkbox"/> Antragsteller / Applicant	<input type="checkbox"/> andere Person (Name) / other Person (Name):	
Name, Sitz des Geldinstituts / Name, Place of bank	BLZ / Sort Code	Konto-Nr. / Account-No.

Einzugsermächtigung: Hiermit ermächtige ich den Versicherer widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen (Versicherungsprämien) bei Fälligkeit zu Lasten meines oben angegebenen Kontos mittels Lastschrift zu entrichten.

Direct debit authorisation: I hereby give the insurer the revocable authorisation to collect the payments owed (insurance premiums) when due by direct debit from the above mentioned account.

Monatliche Zahlung per Überweisung / Monthly payment by money transfer

Bitte überweisen Sie die Prämie erst nach Erhalt Ihrer Vertragsunterlagen! / Please transfer the premium only when you have received your insurance documents!

Einverständniserklärung / Declaration of consent

Ich bestätige hiermit, dass ich die Produkt- und Verbraucherinformationen sowie die Versicherungsbedingungen mawista science rechtzeitig vor Unterzeichnung des Antrags erhalten, zur Kenntnis genommen und akzeptiert habe.

I hereby confirm that I have received, read and accept the product and consumer information as well as the enclosed terms and conditions of mawista science, in good time before signing the application.

Ort, Datum / Place, date _____ Unterschrift / Signature _____

Bitte senden oder faxen Sie den ausgefüllten Antrag an:
Please send or fax the completed application form to:

MAWISTA GmbH
Albstr. 26
73240 Wendlingen

Tel.: 08 00 - 6 29 47 82 (freecall)
Tel.: +49 (0) 70 24 - 4 69 51 - 0
Fax: +49 (0) 70 24 - 4 69 51 - 20

*Max. 60 Monate, inklusive gleichartiger Versicherungsverträge mit anderen Versicherern.

*Max. 60 months, incl. any similar insurance contracts with other insurers.

Antragsteller / Applicant Name

Die Versicherung kann nur unter Angabe einer Adresse in Deutschland beantragt werden. / Insurance can only be applied for, if an address in Germany is given.

<input type="checkbox"/> Herr / Mr.	Name / name	Vorname / First name	Straße, Hausnr., (ggf. Zimmer- / App.-Nr.) / Street, No., (room / app. No.)	
<input type="checkbox"/> Frau / Ms.				
Postleitzahl, Wohnort / ZIP, Place of residence			E-Mail / e-mail	
Heimatland / Home country	Reisepassnummer / Passport No.		Versandart der Vertragsunterlagen / Mailing Type of insurance documents <input type="checkbox"/> per Post / by post <input type="checkbox"/> per E-Mail / by e-mail	
Geburtsdatum / Date of birth	Telefon / Phone		Vers.-Beginn / Inception of insurance cover 01. ____ 20__	Versicherungsdauer / Period of insurance* ____ Monat/e / Month/s

Tarif & Prämien / Tariff & premiums

1.-12. Monat / Month

13.-60. Monat / Month

<input type="checkbox"/> mawista science mit Kranken-, Notruf- und Haftpflichtversicherung / with health, emergency call and liability insurance	bis 40 Jahre / up to 40 years € 44,80 41 - 55 Jahre / 41 - 55 years € 88,50	bis 40 Jahre / up to 40 years € 72,10 41 - 55 Jahre / 41 - 55 years € 143,10
<input type="checkbox"/> mawista science Gepäck Gepäckversicherung / Luggage insurance	€ 16,90	€ 18,90

Versicherer / Insurer: Allianz Global Assistance – AGA International S.A., Ludmillastr. 26, 81543 München, Deutschland

Zahlungsart / Payment method

- Monatliche Zahlung per Lastschrift/einzugsermächtigung / Monthly payment per direct debit
Bitte geben Sie Ihre deutsche Bankverbindung an / Please enter your German bank details:

Kontoinhaber / Account holder <input type="checkbox"/> Antragsteller / Applicant <input type="checkbox"/> andere Person (Name) / other Person (Name):		
Name, Sitz des Geldinstituts / Name, Place of bank	BLZ / Sort Code	Konto-Nr. / Account-No.

Einzugsermächtigung: Hiermit ermächtige ich den Versicherer widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen (Versicherungsprämien) bei Fälligkeit zu Lasten meines oben angegebenen Kontos mittels Lastschrift zu entrichten.

Direct debit authorisation: I hereby give the insurer the revocable authorisation to collect the payments owed (insurance premiums) when due by direct debit from the above mentioned account.

- Monatliche Zahlung per Überweisung / Monthly payment by money transfer
Bitte überweisen Sie die Prämie erst nach Erhalt Ihrer Vertragsunterlagen! / Please transfer the premium only when you have received your insurance documents!

Einverständniserklärung / Declaration of consent

- Ich bestätige hiermit, dass ich die Produkt- und Verbraucherinformationen sowie die Versicherungsbedingungen mawista science rechtzeitig vor Unterzeichnung des Antrags erhalten, zur Kenntnis genommen und akzeptiert habe.
I hereby confirm that I have received, read and accept the product and consumer information as well as the enclosed terms and conditions of mawista science, in good time before signing the application.

Ort, Datum / Place, date _____ Unterschrift / Signature _____

Bitte senden oder faxen Sie den ausgefüllten Antrag an:
Please send or fax the completed application form to:

MAWISTA GmbH
Albstr. 26
73240 Wendlingen

Tel.: 08 00 - 6 29 47 82 (freecall)
Tel.: +49 (0) 70 24 - 4 69 51 - 0
Fax: +49 (0) 70 24 - 4 69 51 - 20

*Max. 60 Monate, inklusive gleichartiger Versicherungsverträge mit anderen Versicherern.
*Max. 60 months, incl. any similar insurance contracts with other insurers.