

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 Worldwide Partners (AWP P&C S.A., Bahnhofstr. 16, D-85609 Aschheim (bei München), Deutschland)

Zahlungsart / Payment method

- Monatliche Zahlung per SEPA-Lastschrift / Monthly payment per SEPA 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	IBAN

SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige AWP P&C S.A., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von AWP P&C S.A. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.
SEPA Direct Debit Mandate: I authorise AWP P&C S.A. to collect payments from my account by direct debit. At the same time, I instruct my bank to honour the direct debits drawn on my account by AWP P&C S.A. N.B.: I can demand that the amount debited is reimbursed within eight weeks, beginning on the debit date. The conditions agreed with my bank apply in this context.

- 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!

- Monatliche Zahlung per Kreditkarte / Monthly payment per credit card
Bitte geben Sie Ihre Kreditkarten-Daten an / Please enter your credit card details:

Karteninhaber / Card holder <input type="checkbox"/> Antragsteller / Applicant <input type="checkbox"/> andere Person (Name) / other Person (Name):		
Kreditkarte / Credit card <input type="checkbox"/> Mastercard <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> American Express	Karten-Nummer / Card No.	gültig bis / valid until

Ich ermächtige AWP P&C S.A., die geschuldeten Versicherungsprämien über meine Kreditkarte einzuziehen.
I hereby authorise AWP P&C S.A. to collect the insurance premiums owed from my credit card.

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

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

E-Mail: info@mawista.com
www.mawista.com

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

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