

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 je Monat / Tariff & premiums per month

MAWISTA Protect Haftpflichtversicherung / Liability Insurance € 6,00
 Versicherungssumme / sum insured:
 € 3.000.000,- je Person bei Personen-, Sach- und Vermögensschäden, € 500.000,- je Person bei Mietsachschäden /
 € 3,000,000 per person in case of personal injury, damage to property and financial losses, € 500,000 per person in case of damage to rented property

MAWISTA Protect Unfallversicherung / Accident Insurance € 6,00
 Versicherungssumme / sum insured:
 bis zu € 100.000,- bei Invalidität, € 20.000,- bei Tod / up to € 100,000 for disability, € 20,000 for death

Versicherer / Insurer: AWP P&C S.A., Niederlassung für Deutschland, 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	BIC	IBAN

SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige AWP P&C S.A., Niederlassung für Deutschland, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von AWP P&C S.A., Niederlassung für Deutschland 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., Niederlassung für Deutschland 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., Niederlassung für Deutschland 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	Karten-Nummer / Card No.	gültig bis / valid until
<input type="checkbox"/> Mastercard <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> American Express		

Ich ermächtige AWP P&C S.A., Niederlassung für Deutschland, die geschuldeten Versicherungsprämien über meine Kreditkarte einzuziehen.
 I hereby authorise AWP P&C S.A., Niederlassung für Deutschland 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 Protect Unfall- und / oder Haftpflichtversicherung rechtzeitig vor Unterzeichnung des Antrags erhalten, zur Kenntnis genommen und akzeptiert habe.
 I hereby confirm that I have received, read and accepted the product and consumer information as well as the terms and conditions of MAWISTA Protect Liability Insurance and / or Accident Insurance 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: