

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	
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.-48. Monat / Month

<input type="checkbox"/> <b>Student comfort®</b> mit Haftpflicht- und Unfallversicherung / with accident and liability insurance	bis 40 Jahre / up to 40 years 41 - 55 Jahre / 41 - 55 years	€ 58,90 € 119,90	bis 40 Jahre / up to 40 years 41 - 55 Jahre / 41 - 55 years	€ 63,70 € 124,00
<input type="checkbox"/> <b>Student classic® plus</b> mit Haftpflicht- und Unfallversicherung / with accident and liability insurance	bis 40 Jahre / up to 40 years 41 - 55 Jahre / 41 - 55 years	€ 37,20 € 74,90	bis 40 Jahre / up to 40 years 41 - 55 Jahre / 41 - 55 years	€ 60,80 € 119,00
<input type="checkbox"/> <b>Student classic®</b> ohne Haftpflicht- und Unfallversicherung / without accident and liability insurance	bis 40 Jahre / up to 40 years 41 - 55 Jahre / 41 - 55 years	€ 33,10 € 69,90	bis 40 Jahre / up to 40 years 41 - 55 Jahre / 41 - 55 years	€ 56,70 € 114,00
<input type="checkbox"/> <b>Student Gepäck</b> 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 student 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 student, 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:

Versicherungsbüro Sailer  
Dr. Bernhard Sailer  
Döbelestr. 11  
78462 Konstanz

Tel.: +49 (0) 7531 - 8 1992 0  
Fax: +49 (0) 7531 - 8 1992 30

\*Max. 48 Monate, unter Anrechnung von gleichartigen Versicherungsverträgen mit anderen Versicherern jedoch nicht mehr als 60 Monate.  
\*Max. 48 months, but taking into consideration any similar insurance contracts with other insurers no longer than 60 months.