

Versicherungsantrag						Original an Vermittler senden
Versicherungsbeginn _____. _____. 200 Der Vertrag verlängert sich von Monat zu Monat, wenn er nicht zum Monatsende gekündigt wird.			<input type="radio"/> Herr <input type="radio"/> Frau	Antragsteller, Name, Vorname		
Straße, Hausnummer (ggf. Zimmer oder Apartment)			Postleitzahl	Wohnort		
Geburtsdatum	Heimatland	Staatsangehörigkeit	E-mail	Telefon/Fax	Reisepass-Nr.	
Versicherungsumfang						
mawista domizil *						
<ul style="list-style-type: none"> • Hausratversicherung zum Neuwert mit Unterversicherungsverzicht Versicherungssumme EUR 10.000 • Elektronikversicherung zum Zeitwert Versicherungssumme von EUR 2.000 (Selbstbeteiligung je Schadenfall EUR 200) (Versichert sind: PC's mit Bildschirm, Drucker, Scanner im stationären Einsatz. Laptops/Notebooks ohne Drucker, Scanner im mobilen Einsatz – Versicherungsschutz besteht erst ab einer Mindestlaufzeit des Vertrages von 3 Monaten-) • Privathaftpflichtversicherung (für Single – auch mit Kind/er-) Versicherungssumme EUR 3 Mio. pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden (je Versicherungsfall und für alle Versicherungsfälle eines Versicherungsjahres das Zweifache dieser Summe) • Unfallversicherung Todesfallsumme EUR 5.000, Invaliditätsgrundsumme EUR 25.000, Vollinvalidität EUR 125.000 (Progression 500 %) 						
Monatlicher Beitrag: EUR 17,50 incl. Versicherungssteuer						
Vertragsgrundlagen						
Für das Versicherungsverhältnis gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland. Maßgebend für diesen Antrag sind die jeweiligen Versicherungsbedingungen sowie die gesetzlichen Bestimmungen. Die Versicherungsbedingungen werden Ihnen mit der Versicherungsbescheinigung auf Wunsch ausgehändigt. Eine Antragskopie wurde Ihnen ausgehändigt						
Bezugsberechtigung für Todesfallleistung Unfallversicherung			Vermittler-Nr.	Datum, Unterschrift		
Monatliche Zahlung per Lastschriftinzug (Einzugsermächtigung)						
Geldinstitut/PLZ/Ort			Bankleitzahl			
Name, Vorname (falls nicht Antragsteller)			Kto.Nr.			
Schlussklärung						
Ermächtigung zur Entbindung der Schweigepflicht						
Mit ist bekannt, dass der Versicherer – soweit hierzu Anlass besteht – Angaben über meinen Gesundheitszustand, auch über frühere Erkrankungen oder Unfälle und über frühere, bestehende oder beantragte Versicherungsverträge bei anderen Unfall-, Kranken- oder Lebensversicherern zur Beurteilung der Risiken eines von mir beantragten Vertrages überprüft. Zu diesem Zweck befreie ich Ärzte, Zahnärzte, Angehörige von Krankenanstalten und Gesundheitsämtern, die mich in den letzten zehn Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten oder behandelt haben, von ihrer Schweigepflicht – und zwar auch über meinen Tod hinaus und ermächtige sie, dem Versicherer die erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Dies gilt auch für Angehörige anderer Kranken-, Lebens- und Unfallversicherer, mit denen ich bisher in Vertragsbeziehungen stand oder stehe.. Diese Ermächtigung endet fünf Jahre nach der Antragstellung. Diese Erklärung gebe ich auch für meine mitzuversichernden Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen können						
Datenschutz						
Ich willige ein, dass der Versicherer im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Beiträge/Prämien, Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsänderungen) ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und/oder an dem Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Diese Einwilligung gilt auch für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten (Versicherungs-)Verträgen und bei künftigen Anträgen. Ich willige ferner ein, dass die Versicherer des Verbundes ALTE LEIPZIGER-HALLESCHE, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient, allgemeine Vertrags- Abrechnungs- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an ihre Vertreter weitergeben. Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich bei Antragsstellung von Inhalt des Merkblatts zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte. Es wird mir zusammen mit weiteren gesetzlich vorgeschriebenen Verbraucherinformationen mit der Versicherungsbescheinigung auf Wunsch ausgehändigt						
Beschwerdestellen						
Sollten Sie einmal Grund zur Beschwerde haben, wenden Sie sich an die ALTE LEIPZIGER Versicherungs Aktiengesellschaft, Alte Leipziger-Platz 1, 61440 Oberursel. Darüber hinaus können Sie sich auch an die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungen – Bereich Versicherungen - Grauheiner Straße 108, 53117 Bonn wenden. Unser Unternehmen ist Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann e.V.. Damit ist für Sie als besonderer Service die Möglichkeit eröffnet, den unabhängigen und neutralen Ombudsmann in Anspruch zu nehmen, wenn Sie mit einer Entscheidung einmal nicht einverstanden sein sollten. Sie müssen die Beschwerde innerhalb von acht Wochen einsenden. Das Verfahren ist für Sie kostenfrei. Anschrift: Versicherungsombudsmann e.V., Postfach 08 06 32, 10006 Berlin, Telefon (01804)22 44 24, Telefax (01804) 22 44 25, E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de						

zu senden oder faxen an :

für Süddeutschland:
MAWISTA süd GmbH
Versicherungsvermittlung
Olgastr. 6, 73779 Deizisau
Telefon: 07153 / 821530
Fax: 07153 / 821535

für Norddeutschland:
MAWISTA nord GmbH
Versicherungsvermittlung
Oststr. 110, 40210 Düsseldorf
Telefon: 0211 / 16979820
Fax: 0211 / 16979829