

Versicherungsantrag / Application for insurance **mawista science**

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="radio"/> Herr / Mr Name / name Vorname / First name <input type="radio"/> Frau / Ms		Straße, Hausnr., (ggf. Zimmer- / App.-Nr.) / Street, No., (room / app.No.)	
Postleitzahl, Wohnort / ZIP, Place of residence		E-Mail	
Heimatland / Home country	Reisepassnummer / Passport No.	Versandart der Vertragsunterlagen / Mailing Type of insurance documents <input type="radio"/> per Post / by post <input type="radio"/> 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="radio"/> mawista science <small>mit Kranken-, Notruf- und Haftpflichtversicherung / with health, emergency call and liability insurance</small>	bis 40 Jahre / up to 40 years	44,80 €	bis 40 Jahre / up to 40 years	72,10 €
	41 - 55 Jahre / 41 - 55 years	88,50 €	41 - 55 Jahre / 41 - 55 years	143,10 €
<input type="radio"/> mawista science Gepäck <small>Gepäckversicherung / Luggage Insurance</small>		16,90 €		18,90 €

Zahlungsart / Payment method

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

Kontoinhaber / Account holder <input type="radio"/> Antragsteller / Applicant <input type="radio"/> 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 ELVIA 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 ELVIA 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:

in Süddeutschland / South Germany:

MAWISTA süd GmbH
 Versicherungsvermittlung
 Robert-Bosch-Straße 7-9
 73207 Plochingen

Tel.: 08 00-6 29 47 82 (freecall)
 Tel.: +49 (0) 71 53-5 58 99-0
 Fax: +49 (0) 71 53-5 58 99-20

in Norddeutschland / North Germany:

MAWISTA nord GmbH
 Versicherungsvermittlung
 Kirchstraße 9
 42103 Wuppertal

Tel.: 0800-97 000 98 (freecall)
 Tel.: +49 (0) 2 02-47 86 69-20
 Fax: +49 (0) 2 02-47 86 69-29