

Antragsteller(in) / Applicant

<input type="checkbox"/> Herr / Mr.	Name / Name	Vorname / First name
<input type="checkbox"/> Frau / Ms.		
Straße, Hausnr., (ggf. Zimmer-/App.-Nr.) / Street, No., (room / app. No.)		Postleitzahl, Wohnort / ZIP, Place of residence
Telefon / Phone	Telefax / Fax	E-Mail (für Unterlagenversand) / Email (for document delivery)

Versicherte Person / Insured person

Name / name, Vorname / First name	Reisepassnr. / Passport No.	Geburtsdatum / Date of birth	Herkunftsland (letzter Wohnsitz) / Country of origin (last domicile)	Geplantes Aufenthaltsland / Planned country of residence	Versicherungsbeginn / Inception of insurance cover	Versicherungsdauer* / Period of insurance*
					01.____.20____	____ Monat(e) / Month(s)

\* Max. 60 Monate für vorübergehende Aufenthalte in Deutschland / Maximum of 60 months for temporary residence in Germany

Tarife & Prämien (bitte ankreuzen) / Tariffs & premiums (please mark)

ohne USA / Kanada excl. USA / Canada	Classic	Comfort	Premium	mit USA / Kanada incl. USA / Canada	Classic	Comfort	Premium
bis 40 Jahre	<input type="checkbox"/> € 59,-	<input type="checkbox"/> € 79,-	<input type="checkbox"/> € 129,-	bis 40 Jahre	<input type="checkbox"/> € 148,-	<input type="checkbox"/> € 198,-	<input type="checkbox"/> € 323,-
41 bis 55 Jahre	<input type="checkbox"/> € 74,-	<input type="checkbox"/> € 99,-	<input type="checkbox"/> € 149,-	41 bis 55 Jahre	<input type="checkbox"/> € 185,-	<input type="checkbox"/> € 248,-	<input type="checkbox"/> € 373,-
56 bis 75 Jahre	<input type="checkbox"/> € 228,-	<input type="checkbox"/> € 298,-	<input type="checkbox"/> € 329,-	56 bis 75 Jahre	<input type="checkbox"/> € 570,-	<input type="checkbox"/> € 745,-	<input type="checkbox"/> € 823,-

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

**Wichtiger Hinweis:** Bitte beachten Sie, dass in einigen Ländern für die Bewohner die gesetzliche Verpflichtung besteht, eine Krankenversicherung abzuschließen, die einen gesetzlichen (Mindest-) Leistungsumfang enthält. Es liegt in der Verantwortung des Versicherungsnehmers und der versicherten Personen, sicherzustellen, dass sie die gesetzlichen Anforderungen an den Krankenversicherungsschutz in ihrem Wohnsitzland bzw. dem Land ihres Aufenthalts erfüllen. Wir empfehlen, hierzu externen Rat einzuholen. Eine Versicherungspflicht besteht auch (bis auf einige Ausnahmen) für Personen mit Wohnsitz in Deutschland gemäß § 193 Abs. 3 VVG. Die Versicherung MAWISTA Expatscare ist nicht geeignet zur Erfüllung der Versicherungspflicht in der Bundesrepublik Deutschland. Im Leistungsumfang entspricht die Versicherung jedoch im Wesentlichen einer Krankheitskostenversicherung. Die Versicherung bietet Versicherungsschutz für vorübergehende Aufenthalte außerhalb Deutschlands sowie für vorübergehende Aufenthalte in Deutschland, sofern kein Wohnsitz begründet wird.

**Important information:** Please note that there is a statutory obligation for inhabitants in some countries to take out health insurance that contains a statutory (minimum) level of coverage. It is the responsibility of the policy-holder and the insured persons to ensure that they satisfy the statutory requirements regarding health insurance protection in their country of domicile or the country of residence. We recommend that you seek external advice. Section 193 (3) of the German Insurance Contract Act (VVG) contains an obligation for persons resident in Germany (with a few exceptions) to take out insurance. The MAWISTA Expatscare policy is not adequate to meet the insurance obligation in the Federal Republic of Germany. The level of coverage provided by the policy does, however, essentially match that of a medical expenses policy. The policy provides insurance protection for periods of temporary residence outside of Germany and for periods of temporary residence in Germany, provided no domicile is established.

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(in) (siehe oben) / Applicant (see above)	<input type="checkbox"/> andere Person (Name) / other Person (name):
Falls Kontoinhaber andere Person: Adresse (Straße, Hausnr., Postleitzahl, Wohnort) / If account-holder is a different person: (Street, No., ZIP, Place of residence)	
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	Karten-Nummer / Card No.
<input type="checkbox"/> Mastercard <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> American Express	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 bestätigte hiermit, dass ich die Produkt- und Verbraucherinformation, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (inkl. Tarifabelle) für MAWISTA Expatscare sowie den Wichtigen Hinweis (siehe oben) und die Erklärungen und Hinweis zur Datenverarbeitung rechtzeitig vor Unterzeichnung des Antrags erhalten, zur Kenntnis genommen und akzeptiert habe.  
I hereby confirm that I have received, read and accepted the following in good time before signing the application form: the product and user information, the General Terms and Conditions of Insurance (including the tariff table) for MAWISTA Expatscare and important information shown above and the explanations and notes regarding data processing.

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