

AWP P&C S.A.
Niederlassung für Österreich
A-1120 Wien, Pottendorfer Straße 23 – 25
Handelsgericht Wien, Firmenbuch FN100329 v
DVR-Nr. 0465789, UID-Nr. ATU 15366609
Gültig ab 01/2017 - Satz- und Druckfehler vorbehalten!

VERSICHERUNGSANTRAG ONLINE 85447

Bitte in BLOCKSCHRIFT ausfüllen.
Diesen Antrag senden an FAX: +43 1 525 03 885 oder
E-Mail: service@allianz-assistance.at

DETAILS ZUR REISE

Anzahl der versicherten Personen: _____
Reisepreis pro Person: € _____ oder Reisepreis pro Familie: € _____
Reisebeginn: _____
Reiseende: _____
Reisebuchungsdatum: _____

VERSICHERTE PERSONEN

1. Versicherte Person: Familienname, Vorname <input type="checkbox"/> Herr/Frau <input type="checkbox"/>	Geburtsdatum
2. Versicherte Person: Familienname, Vorname <input type="checkbox"/> Herr/Frau <input type="checkbox"/>	Geburtsdatum
3. Versicherte Person: Familienname, Vorname <input type="checkbox"/> Herr/Frau <input type="checkbox"/>	Geburtsdatum
4. Versicherte Person: Familienname, Vorname <input type="checkbox"/> Herr/Frau <input type="checkbox"/>	Geburtsdatum
5. Versicherte Person: Familienname, Vorname <input type="checkbox"/> Herr/Frau <input type="checkbox"/>	Geburtsdatum
6. Versicherte Person: Familienname, Vorname <input type="checkbox"/> Herr/Frau <input type="checkbox"/>	Geburtsdatum
7. Versicherte Person: Familienname, Vorname <input type="checkbox"/> Herr/Frau <input type="checkbox"/>	Geburtsdatum

Produktauswahl

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw ergänzen

Prämie gesamt

Reiseschutz »BASIC«	<input type="checkbox"/> Einzel <input type="checkbox"/> Familie	<input type="checkbox"/> Europa <input type="checkbox"/> Weltweit	€
Reiseschutz »CLASSIC«	<input type="checkbox"/> Einzel <input type="checkbox"/> Familie	<input type="checkbox"/> Europa <input type="checkbox"/> Weltweit	€
Reiseschutz »ALL RISK MED«	<input type="checkbox"/> Einzel <input type="checkbox"/> Familie	<input type="checkbox"/> Europa <input type="checkbox"/> Weltweit	€
Russlandpaket	Einreisedatum: _____ Aufenthaltsdauer: _____		€
Reiseschutz mit Storno »BASIC«	<input type="checkbox"/> Einzel <input type="checkbox"/> Familie	<input type="checkbox"/> Europa <input type="checkbox"/> Weltweit	€
Reiseschutz mit Storno »CLASSIC«	<input type="checkbox"/> Einzel <input type="checkbox"/> Familie	<input type="checkbox"/> Europa <input type="checkbox"/> Weltweit	€
Reiseschutz mit Storno »ALL RISK MED«	<input type="checkbox"/> Einzel <input type="checkbox"/> Familie	<input type="checkbox"/> Europa <input type="checkbox"/> Weltweit	€
Bus-Bahn-Auto »CLASSIC«	<input type="checkbox"/> Einzel <input type="checkbox"/> Familie	<input type="checkbox"/> Stornoschutz bis € _____	€
Bus-Bahn-Auto »ALL RISK«	<input type="checkbox"/> Classic <input type="checkbox"/> All Risk	<input type="checkbox"/> Stornoschutz bis € _____	€
Hotel Storno Paket Österreich	<input type="checkbox"/> Stornoschutz bis € _____		€
Hotel Reiseschutz Paket Österreich	<input type="checkbox"/> Stornoschutz bis € _____		€
Storno-Paket »CLASSIC« oder »ALL RISK«	<input type="checkbox"/> Classic <input type="checkbox"/> All Risk	<input type="checkbox"/> Stornoschutz bis € _____	
Visitor Insurance	<input type="checkbox"/> Classic <input type="checkbox"/> Deluxe	Einreisedatum: _____ Aufenthaltsdauer: _____	€
Incoming Stornopak CLASSIC	<input type="checkbox"/> Stornoschutz bis € _____		€

PRÄMIENZAHLER

Familienname, Vorname, Firma	
Straße	Hausnummer
Postleitzahl	Ort
Telefon/Fax	E-Mail

ABBUCHUNGSauftrag

IBAN:
BIC:
Kontoinhaber:

ODER KREDITKARTE

Kreditkartennummer/gültig bis _____ Kreditkarteninhaber/Kreditkarteninstitut

Der Abbuchung von Ihrem Konto können Sie innerhalb von 56 Tagen widersprechen. Eine Abbuchung von Ihrer Kreditkarte ist nur dann möglich, wenn der **Secure Code nicht aktiviert** ist.

Mit meiner Unterschrift akzeptiere ich die Versicherungsbedingungen von AWP P&C S.A.
Die Obliegenheiten wurden mir zur Kenntnis gebracht.

Ich erteile die Erlaubnis, meine persönlichen Daten zu speichern und für Abwicklungsprozesse beim Polizzenabschluss und einer eventuellen späteren Versicherungsleistung zu verwenden. Es werden nur Daten erhoben, gespeichert und genutzt die unbedingt für die Abwicklungsprozesse notwendig sind.

Ich stimme zu, dass meine Personenidentifikationsdaten und Vertragsdaten - keinesfalls jedoch sensible Daten - von der AWP P&C S.A., Allianz Elementar Versicherungs-AG, Allianz Elementar Lebensversicherungs-AG, der Top Versicherungsservice GmbH bzw. der Allianz Investmentbank AG zwecks Beratung, Betreuung, Marketingaktionen und Produktvorschlägen (per Post, Fax, E-mail und telefonisch) verwendet werden dürfen. Keinesfalls werden diese Daten an andere Unternehmen weitergegeben oder weiterverkauft. Diese Zustimmung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

Datum _____ Unterschrift _____

ONLINE 85447

Der vollständig ausgefüllte und unterzeichnete Antrag gilt als Grundlage zur Ausstellung einer Polizze. Maßgeblich für die Gültigkeit der Polizze ist das Abreisedatum lt. Antrag, vorbehaltlich der Prämienzahlung. Dem Prämienzahler wird die Polizze per Post, Mail oder Fax zugesandt. Ohne vollständig ausgefüllte Daten ist keine Polizzierung möglich -> kein Versicherungsschutz! Es gelten die bei Vertragsabschluss letztgültigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen und Produkteleistungen. Diese finden Sie unter www.allianz-assistance.at. Es gilt österreichisches Recht, Gerichtsstand ist Wien.

Diesen Antrag senden an FAX: +43 1 525 03 885