



AGA INTERNATIONAL S.A.
 Niederlassung für Österreich
 A-1120 Wien, Pottendorfer Straße 25 – 27
 Handelsgericht Wien, Firmenbuch FN100329 v
 DVR-Nr. 0465789, UID-Nr. ATU 15366609
 Gültig ab 02/2015 - Satz- und Druckfehler vorbehalten!

Kontaktieren Sie uns unter +43 (0)1 52503-6811
 oder per E-Mail unter service@allianz-assistance.at

VERSICHERUNGSANTRAG

Bitte in BLOCKSCHRIFT ausfüllen.

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

Produktauswahl

	Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ergänzen	Prämie gesamt					
Reiseschutz mit Storno »ALL RISK MED«	<input type="checkbox"/> Einzel <input type="checkbox"/> Europa <input type="checkbox"/> Familie <input type="checkbox"/> Weltweit	€					
Reiseschutz »ALL RISK MED«	<input type="checkbox"/> Einzel <input type="checkbox"/> Europa <input type="checkbox"/> Familie <input type="checkbox"/> Weltweit	€					
Reiseschutz mit Storno »CLASSIC«	<input type="checkbox"/> Einzel <input type="checkbox"/> Europa <input type="checkbox"/> Familie <input type="checkbox"/> Weltweit	€					
Reiseschutz »CLASSIC«	<input type="checkbox"/> Einzel <input type="checkbox"/> Europa <input type="checkbox"/> Familie <input type="checkbox"/> Weltweit	€					
Storno-Paket »CLASSIC« oder »ALL RISK«	<input type="checkbox"/> Classic <input type="checkbox"/> Stornoschutz bis € _____ <input type="checkbox"/> All Risk	€					
Storno-Paket für »LUXUSREISEN«	<input type="checkbox"/> Stornoschutz bis € _____	€					
Kurzreiseschutz	<input type="checkbox"/> ohne Storno <input type="checkbox"/> mit Storno bis € 375 <input type="checkbox"/> mit Storno bis € 750	€					
Jahresschutz	TOP Jahresschutz		TOP PLUS Jahresschutz				
	Einzel	Familie	Einzel	Familie			
	<input type="checkbox"/> € 157	<input type="checkbox"/> € 191	<input type="checkbox"/> € 189	<input type="checkbox"/> € 223			
	<input type="checkbox"/> € 226	<input type="checkbox"/> € 259	<input type="checkbox"/> € 427	<input type="checkbox"/> € 469			
inkl. KFZ-Mobilitätsschutz				<input type="checkbox"/> € 328	<input type="checkbox"/> € 378	<input type="checkbox"/> € 797	<input type="checkbox"/> € 859
inkl. KFZ-Mobilitätsschutz und Storno »CLASSIC«							
inkl. KFZ-Mobilitätsschutz und Storno »ALL RISK MED«							
Russlandpaket	Einreisedatum: _____ Aufenthaltsdauer: _____	€					
Schülerfahrten	<input type="checkbox"/> Inland <input type="checkbox"/> Europa	€					
Bus-Bahn-Auto	<input type="checkbox"/> Einzel <input type="checkbox"/> Stornoschutz bis € _____ <input type="checkbox"/> Familie	€					
Österreich Paket	<input type="checkbox"/> Einzel <input type="checkbox"/> ohne Stornoschutz <input type="checkbox"/> Familie <input type="checkbox"/> mit Stornoschutz bis € _____	€					
Incoming Stornopaket CLASSIC	<input type="checkbox"/> Stornoschutz bis € _____	€					
Visitor Insurance	<input type="checkbox"/> Classic <input type="checkbox"/> Deluxe Einreisedatum: _____ Aufenthaltsdauer: _____	€					
KFZ-Pannenhilfe 365	Jahresprämie <input type="checkbox"/> € 37,80						
Heim- & Handwerkerhilfe 365	Jahresprämie <input type="checkbox"/> € 37,80						

Der vollständig ausgefüllte und unterzeichnete Antrag gilt als Grundlage zur Ausstellung einer Police. Maßgeblich für die Gültigkeit der Police ist das Abreisedatum lt. Antrag, vorbehaltlich der Prämienzahlung. Dem Prämienzahler wird die Police per Post, Mail oder Fax zugesandt. **Ohne vollständig ausgefüllte Daten ist keine Polizzierung möglich → kein Versicherungsschutz!**
 Es gilt österreichisches Recht, Gerichtsstand ist Wien.

DETAILS ZUR REISE

Anzahl der versicherten Personen: _____

Reisepreis pro Person: € _____
 oder
 Reisepreis pro Familie: € _____

Abreisedatum: _____

Reisedauer: _____

Reisebuchungsdatum: _____

1. 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

2. PRÄMIENZAHLER

Familienname, Vorname, Firma Herr/Frau

Straße _____ Hausnummer _____

Postleitzahl _____ Ort _____

Telefon/Fax _____ E-Mail _____

3. ABBUCHUNGSaufTRAG ¹⁾

IBAN: _____

BIC: _____

Kontoinhaber: _____

¹⁾ Für Jahresprodukte, die auf unbestimmte Zeit abgeschlossen werden, ist die Verrechnung nur mittels **Abbuchungsauftrag** möglich, damit die Prämie auch im Folgejahr verrechnet werden kann.

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 AGA International S.A. Die Obliegenheiten wurden mir zur Kenntnis gebracht.

Ich erteile die Erlaubnis, meine persönlichen Daten zu speichern und für Abwicklungsprozesse beim Polizzaabschluss 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 AGA INTERNATIONAL 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 _____

4. DETAILS ZUM VERMITTLER

Werbenummer und Vermittlernummer: _____

Firmenstempel Vermittler _____ Telefonnummer Vermittler _____