

ANTRAGSFORMULAR

Bitte füllen Sie dieses Formular in DRUCKBUCHSTABEN aus.

1 KONTAKTANGABEN DER VERSICHERUNGSVERMITTLUNG

Vollständiger Geschäftsname

Kontaktperson(en)

Eingetragene Geschäftsadresse

Telefon (geschäftlich) LÄNDERVORWAHL ORTSVORWAHL

Fax LÄNDERVORWAHL ORTSVORWAHL

E-Mail-Adresse

Website

Bitte geben Sie den Namen und die Position aller Vermittler an, die Produkte von Allianz Partners verkaufen werden:

Herr Frau Titel Vorname

Nachname

Position

Herr Frau Titel Vorname

Nachname

Position

Herr Frau Titel Vorname

Nachname

Position

Herr Frau Titel Vorname

Nachname

Position

Herr Frau Titel Vorname

Nachname

Position

Herr Frau Titel Vorname

Nachname

Position

Bitte teilen Sie uns die Kontaktangaben der für allgemeine Anfragen zuständigen Person mit (z. B. Provisionsabrechnungen):

Vorname

Nachname

E-Mail Adresse

2 GESCHÄFTSLEITUNG/PARTNER

Wir möchten sicherstellen, dass wir die richtigen Ansprechpartner in Ihrem Unternehmen kontaktieren und diesen geeignete Informationen zu den für sie wichtigen Produkten zur Verfügung stellen können.

Bitte geben Sie den vollständigen Namen, die Privatadresse (einschließlich Postleitzahl) und die Position jedes Mitglieds der Geschäftsleitung, jedes Partners (falls zutreffend) und der Mitarbeiter im Kundenservice des Unternehmens an.

Herr Frau Titel Vorname
Nachname
Position im Unternehmen
Privatadresse (einschließlich Postleitzahl)

Herr Frau Titel Vorname
Nachname
Position im Unternehmen
Privatadresse (einschließlich Postleitzahl)

Herr Frau Titel Vorname
Nachname
Position im Unternehmen
Privatadresse (einschließlich Postleitzahl)

Herr Frau Titel Vorname
Nachname
Position im Unternehmen
Privatadresse (einschließlich Postleitzahl)

Herr Frau Titel Vorname
Nachname
Position im Unternehmen
Privatadresse (einschließlich Postleitzahl)

Herr Frau Titel Vorname
Nachname
Position im Unternehmen
Privatadresse (einschließlich Postleitzahl)

Falls der Platz nicht für die Erfassung aller Angaben der Geschäftsführer/Partner ausreicht, benutzen Sie bitte ein weiteres Vermittler Antragsformular.

BITTE SCHICKEN SIE UNS DAS VOLLSTÄNDIG AUSGEFÜLLTE ANTRAGSFORMULAR PER:

E-Mail an: sales@allianzworldwidecare.com

Fax an: + 353 1 630 1399

Alternativ können Sie es uns auch per Post an die folgende Adresse schicken:

Sales Support
Allianz Partners
15 Joyce Way
Park West Business Campus
Nangor Road
Dublin 12
Irland

Sales Support Tel.: + 353 1 514 8442

Um weitere Informationen zu unseren Produkten zu erhalten, können Sie gerne unser Sales Support Team anrufen oder unsere Website besuchen: www.allianzworldwidecare.com

Dieses Dokument ist eine Übersetzung des original auf Englisch verfassten „Agency Application Form“. Die englische Originalversion gilt ausschließlich als rechtlich verbindlich. Auch wenn Unterschiede zwischen der übersetzten Version und der englischen Originalversion bestehen, gilt die englische Version als rechtlich verbindlich.

AWP Health & Life SA, handelt durch ihre irische Niederlassung, ist eine Aktiengesellschaft nach französischem Recht. Registriert in Frankreich unter der Nr.: 401 154 679 RCS Bobigny. Irische Niederlassung ist eingetragen im irischen Handelsregister, Registernummer: 907619. Anschrift: 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irland. Allianz Partners ist eine eingetragene Firma von AWP Health & Life SA.