

**ZAHLUNG DER VERSICHERUNGSPRÄMIE MIT KREDITKARTE**

Bitte senden Sie dieses Formular an Pantaenius per Fax (+49 40 37091 109) oder Post.

**WICHTIG:**

Die Versicherungspolice wird nicht versandt, solange die Prämie nicht bezahlt ist.  
Wenn der Inhaber der Kreditkarte nicht mit dem Versicherungsnehmer identisch ist, senden Sie uns bitte eine Kopie des Personalausweises oder des Führerscheins des Kreditkarteninhabers.

Bitte vergessen Sie nicht alle Felder auszufüllen und dieses Formular zu unterschreiben.

**VERSICHERUNGSNEHMER:**

Name \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Postleitzahl \_\_\_\_\_ Stadt \_\_\_\_\_

Kunden Nr. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift des Versicherungsnehmers

**INHABER DER KREDITKARTE:**

Kreditkarte:  Master  Visa bitte ankreuzen

Name des Kreditkarteninhabers  
(in Druckbuchstaben) \_\_\_\_\_

Kartenummer \_\_\_\_\_

Ablaufdatum \_\_\_\_\_

CCV Code\* \_\_\_\_\_

*\*CVC Code: Die letzten drei Ziffern auf der Rückseite der Karte in dem Unterschriftenfeld.*

**Bevollmächtigung zur Abbuchung**

Ich bevollmächtige, Allianz Worldwide Care die Kreditkarte mit Prämien meine Longterm Sailor Police betreffend zu belasten, sobald diese fällig sind. Diese Bevollmächtigung hat solange Gültigkeit, bis ich meine schriftliche Kündigung gegenüber der Allianz Worldwide Care ausspreche. Eine Prämienhöhung wird mir mit einer Frist von einem Monat zur Hauptfälligkeit angezeigt.

\_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift des Kreditkarteninhabers