

TOURIST INSURANCE - CENTRAL- & SOUTHAMERICA & Bikeworld Travel

K.-H. Nowag Versicherungen * Rieslingstrasse 40 * D-65207 Wiesbaden * Tel: 06106 16960 * Fax: 06106 13520

First Name: _____ **M.I.:** _____ **Last Name:** _____ **Date of Birth:** _____
(Vorname) (Nachname) (Geburtsdatum)

Home Address: _____
(Heimatanschrift)

Overseas Address: _____
(Auslandsanschrift)

Tel. No. (Home): _____ **Tel. No. (Work):** _____ **Fax No.:** _____
(Tel. Nr. Zuhause) (Tel. Nr. Arbeit) (Fax Nr.)

Occupation: _____ **Driver's License No.:** _____ **State/Country:** _____
(Beruf) (Führerschein Nr.) (Staat/Land)

VEHICLE INFORMATION (Please print or type)

Type of Vehicle: () Automobile () Motorhome () Motorcycle – C.C. Size: _____

Year: _____ **Make:** _____ **Model:** _____ **Present Value:** _____
(Baujahr) (Hersteller) (Modell) (Zeitwert)

Vehicle Identification Number (VIN): _____ **License Plate No.:** _____
(Fahrgestellnummer) (Kennzeichen)

Length of Motorhome: _____
(Länge des Motorhomes)

Travel Trailer:
(Anhänger)

Year: _____ **Make:** _____ **Model:** _____ **Length:** _____ (Ft)
(Baujahr) (Hersteller) (Modell) (Länge)

Vehicle Identification Number (VIN): _____ **License Plate No.:** _____
(Fahrgestellnummer) (Kennzeichen)

Name of Registered Owner & Address: _____
(Name & Anschrift des Fahrzeughalters)

Name and Address of Loss Payee: _____
(Name und Anschrift des Kreditgebers)

COVERAGE INFORMATION (Please print or type)

Effective Date: ____/____/____ **Time Required:** ____ month(s) **PREMIUM**
(Beginndatum) (Laufzeit)

() **Package A: (Liability - Medical Payments only)** \$
(Haftpflicht – Arzt- & Heilkosten)

() **Package B: (Liability – Medical Payments - Physical Damage)** \$
(Haftpflicht – Arzt- & Heilkosten - Vollkasko)

OPTIONAL COVERAGES

() Guest Passenger Liability - (Motorcycles only !)	\$
<hr/>	
(Mitfahrerhaftpflicht – nur Motorräder !)	
() Motorcycle Accessory Limits Options Premium - (with Package B only !)	\$
<hr/>	
(Motorrad – Zubehörversicherung nur in Verbindung mit Vollkaskodeckung !)	
() Towing & Labor/Rental Reimbursement – (with Package B only !)	\$
<hr/>	
(Abschlepp- & Mietwagenkosten Erstattung nur in Verbindung mit Vollkaskodeckung !)	
Policy Fee (Policengebühr)	\$ <u>15,00</u>
<hr/>	
TOTAL PREMIUM	\$

MAKE CHECKS PAYABLE TO : AIU/K.-H. Nowag Versicherungen

The following information is required for all additional vehicle operators:

(Die folgenden Angaben werden für alle zusätzlichen Fahrer benötigt)

First Name: _____	M.I.: _____	Last Name: _____	Date of Birth: _____
(Vorname)		(Nachname)	(Geburtsdatum)
Occupation: _____	Driver's License No.: _____	State/Country: _____	
(Beruf)	(Führerschein Nr.)	(Staat/Land)	
<hr/>			
First Name: _____	M.I.: _____	Last Name: _____	Date of Birth: _____
(Vorname)		(Nachname)	(Geburtsdatum)
Occupation: _____	Driver's License No.: _____	State/Country: _____	
(Beruf)	(Führerschein Nr.)	(Staat/Land)	

ADDITIONAL INFORMATION

Do you or any other driver have a valid Driver's License ? (Haben Sie oder ein anderer Fahrer einen gültigen Führerschein ?)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Have you or any other driver had any traffic violations in the past year ? (Waren Sie oder ein anderer Fahrer in eine Verkehrsübertretung verwickelt ?)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Have you or any other driver been involved in any accidents in the last 3 years ? (Waren Sie oder ein anderer Fahrer in den letzten 3 Jahren in einen Unfall verwickelt ?)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Has your or any others Driver's License been suspended within the past 5 years ? (Ist Ihrer Führerschein in den letzten 5 Jahren eingezogen worden ?)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Have you or any other driver been convicted for drunken driving or a hit and run violation any time in the past ? (Sind Sie oder ein anderer Fahrer in der Vergangenheit wegen Drunkenheit am Steuer oder Fahrerflucht verurteilt worden ?)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Is the vehicle to be used for commercial or racing purposes ? (Wird das Fahrzeug zu geschäftlichen Zwecken oder Rennen genutzt ?)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Are you or any other driver under the age of 25 ? (Sind Sie oder ein ander Fahrer unter 25 Jahre alt?)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Are you or any other driver over the age of 70 ? (Sind Sie oder ein anderer Fahrer über 70 Jahre alt ?)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

I hereby warrant the truth of the Statements made on this application and understand that any false Statement by me will constitute a breach of warranty and cause the policy to be void and or cancelled.

(Hiermit bestätige ich, daß die Angaben auf diesem Antrag wahr sind und verstehe, daß jegliche von mir gemachten Falschangaben einen Bruch der Garantie darstellen und die Police dadurch ungültig wird)

Signature of Applicant: _____ **Date:**

(Unterschrift des Antragstellers)

(Datum)

**Name and Address of Producing Agency: K. – H. Nowag Versicherungen
Rieslingstrasse 40
D-65207 Wiesbaden**

=====