Care Travel 旅游医疗+事故保险申请表

(标有"*"的为必填项,请用德文填写,姓名要与护照上的拼音一致)

Versicherungsnehmer 投保人

Anrede 称呼 ☐ Frau ☐ Herr Nachname 姓/Vorname 名*_____

Straße/Hausnr.街道号*_____

PLZ/Ort 邮编住址* _____ Email 电子邮件_____

Telefon 电话*_____ Fax 传真_____Handy 手机 _____

Versicherte Personen 受保人名单

Name, Vorname* 姓 , 名	Geburts-Datum* TT.MM.JJ 生日 日.月.年	Geschlecht* M/W 性别 男/女	Beginn* 开始日期	Ende* 结束日期
	. .		. .	. .
	. .		. .	. .
	. .		. .	. .
	. .		. .	. .
	. .		. .	. .
	. .		. .	. .
	. .		. .	. .
	. .		. .	. .
	. .		. .	. .
	. .		. .	. .
	. .		. .	. .
	. .		. .	. .
		Anzahl der Tage insgesamt*: 保险天数总计*:		

Reset Print

Datum & Unterschrift 日期与签名*_____

Bitte faxen Sie diesen Antrag an 请发传真到 LW Consulting 06171-5081910

LW Consulting; Wallstr. 52C ; 61440 Oberursel

Tel.: 06171-5081908; Fax: 06171-5081910

E-Mail: info@LWConsulting.de; www.LWConsulting.de