


Versicherungsantrag Care Economy

		保険の適用は、渡航先に入国後、あるいは居住地を出発後、保険料の振込みが確認されている場合に限り有効になります。速やかに お申し込みが処理できるように、メールアドレス等、必要事項は ローマ字あるいは独語にて ご記入ください。			
Antragsschein-Nr. CC0907		Vermittler/Tippgeber-Nr. 002093000G	Aufenthaltsland/渡航先		Heimatland/居住国
申請者氏名: 姓(苗字)、名 ()女性 ()男性		Straße/Hausnummer /町及びアパート名			c/o wohnhaft bei /様方
郵便番号、市町村名、都道府県名		E-Mail /メールアドレス		主要渡航先	Tel./電話番号 Fax
被保険者	Name /苗字(姓)	Vorname/名		生年月日	入国日 国籍
1. () Frau () Herr					
2. () Frau () Herr					
3. () Frau () Herr					
健康保険 () Care Economy		保険開始日	Laufzeit/保険期間(日)	Gesamtprämie/保険料(総額) €	
個人賠償、事故保険 () Tarif S () Tarif M () Tarif XL		保険開始日	Laufzeit/保険期間(月)	Gesamtprämie/保険料(総額) €	
ご送金先	銀行名 Hypovereinsbank AG, IBAN : DE23 2003 0000 0000 1111 61, BIC : HYVEDEMM300				
以前、ケア コンセプトの保険に加入されていましたか。		() いいえ () はい 保険証の番号			
ドイツ国内で有効な健康保険に加入されていましたか。		() いいえ () はい 保険会社の名前			
渡航目的(日本語でも可)					
お申し込み後、14日以内であれば保険の取り消しが可能ですので、書面によりその旨、保険会社までご連絡ください。これをされない場合、保険契約が自動的に成立します。 お申込書にご署名される前に、必ず当社の保険規約を熟読ください。					

Datum / 日付

Unterschrift / ご署名

送付先 Fax : +49-(0)322-2640 2208