


Versicherungsantrag Care College

		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。速やかに保険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。			
Antragschein-Nr. / お申し込み用紙番号		Vermittler/Tippgeber-Nr. /代理店番号		Einreisedatum der versicherten Person/ 被保険者の入国日	
CC0902		002093000G			
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	Reisegrund/渡航目的
市町村名、郵便番号、都道府県名		E-Mail /メールアドレス(PC用。携帯は不可。)		Telefonnr. / 電話番号	Fax
被保険者氏名: 姓(苗字)、名 ()女性 ()男性		生年月日	居住国	国籍	渡航先
Krankenversicherung Care College		() Tarif Basic	() Tarif Comfort	() Tarif Premium	Versicherungsbeginn/保険開始日
保険料/月		1.-18.Monat 26,-€ Ab 19,Monat 48,-€	1.-18.Monat 33,-€ Ab 19,Monat 56,-€	1.-18.Monat 57,-€ Ab 19,Monat 79,-€	Laufzeit/保険期間(月単位)
個人賠償保険/事故保険		() Tarif S	() Tarif M	() Tarif XL	Versicherungsbeginn/保険開始日
保険料/月		2,0 €/月	4,0 €/月	7,50 €/月	Laufzeit/保険期間(月単位)
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すか。		() いいえ () はい 保険会社の名前 / ドイツに入国してから保険に加入される方のみ、ご回答ください。			
通学される学校、大学名、あるいは研究滞在される大学名					
お申し込み用紙送信後、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。その後、保険契約が正式に成立します。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