

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*:				

Datum & Unterschrift 日期与签名* _____

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