

学者保险申请Antrag auf Care-Concept AG –Care College

Beginn 投保开始日期: ____t日____m月____j年 Dauer 投保期限: ____m 月 (1到48个月)

Name 姓	Vorname 名	Geschlecht 性别	Geb. Datum 出生日期
原居住地 Wohnsitz vorher	现逗留国 Aufenthaltsland	学校名称 Name der Schule	最近一次入境日期 Einreisedatum
原保险公司名称 Vorversicherung	原保险有效期至 Gültig bis	投保种类 Tarif	如需要附加险请填写及品种 Zusatztarif (PHV Unfall)

医疗保险价格一览表 College/Care College Comfort/Care College Premium

医疗险	Care College Basic		Care College Comfort		Care College Premium	
保险期限	1 – 18 个月	从第 19 个月起	1 – 18 个月	从第 19 个月起	1 – 18 个月	从第 19 个月起
€ / 个月	28,00	51,00	35,00	59,00	63,00	83,00

Bankverbindung请如实填写您的账户

BLZ: _____ Konto-Nr: _____ Bank: _____ Inh.: _____

Kontakt联系人姓名, 电话及E-mail: _____

Adresse通信地址: _____

 Ort, Datum 地名, 日期



 Unterschrift 顾客签名