

## Passenger Information Form

Please complete and return to us with copies of your passports.

(Bitte vollständig ausfüllen und an uns zurück senden zusammen mit Kopien Ihrer Reisepässe.)

Aranui Voyage	Departure Date	Cabin#:	Booking Ref#

	Passenger 1	Passenger 2
Last Name:	_____	_____
First Name:	_____	_____
Address/ Country:	_____	_____
	_____	_____
Telephone #:	_____	_____
Birth Date:	_____	_____
Nationality:	_____	_____
Passport #:	_____	_____
Expiration Date:	_____	_____
Email address:	_____	_____
<b>IN CASE OF EMERGENCY</b> (Im Notfall zu benachrichtigende Person):		
Name:	_____	_____
Address:	_____	_____
	_____	_____
Telephone #:	_____	_____

**1) Are you planning to celebrate a special occasion (wedding anniversary, birthday, etc.)?**  
Please mention the date and nature of the celebration:

\_\_\_\_\_

**2) Do you follow a special diet?** (Befolgen Sie bestimmte Ernährungspräferenzen?)

Passenger 1: yes/ja \_\_\_\_\_ no/nein \_\_\_\_\_ Passenger 2: yes/ja \_\_\_\_\_ no/nein \_\_\_\_\_

If yes, please mention (falls ja, bitte benennen): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**3) Do you have food allergies?** (Leiden Sie an Lebensmittelallergien?)

Passenger 1: yes/ja \_\_\_\_\_ no/nein \_\_\_\_\_ Passenger 2: yes/ja \_\_\_\_\_ no/nein \_\_\_\_\_

If yes, please mention (falls ja, bitte benennen): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**4) Cabin preferences** (Kabinenpräferenzen)

One double bed or two single separated beds (1 Doppelbett oder 2 getrennte Einzelbetten):

---

**5) Do you require assistance of a cane for walking or wheelchair to get around?**

(Benötigen Sie zur Fortbewegung Gehilfen oder einen Rollstuhl?)

Passenger 1: yes/ja \_\_\_\_\_ no/nein \_\_\_\_\_ Passenger 2: yes/ja \_\_\_\_\_ no/nein \_\_\_\_\_

---

**6) Have you contracted Covid19 in less than 6 months?**

Hatten Sie Covid19 innerhalb der letzten 6 Monate?

Passenger 1: yes/ja \_\_\_\_\_ no/nein \_\_\_\_\_ Passenger 2: yes/ja \_\_\_\_\_ no/nein \_\_\_\_\_

If yes, please provide a medical certificate from your doctor or laboratory (falls ja, senden Sie uns bitte den medizinischen Nachweis Ihres Arztes oder Labors).

**7) Have you been vaccinated against Covid19? (Sind Sie gegen Covid19 geimpft?)**

Passenger 1: yes/ja \_\_\_\_\_ no/nein \_\_\_\_\_ Passenger 2: yes/ja \_\_\_\_\_ no/nein \_\_\_\_\_

If yes, please provide a medical certificate or a copy of your vaccination record (falls ja, senden Sie uns bitte den medizinischen Nachweis oder eine Kopie Ihres Impfausweises).

**8) Medical insurance - Mandatory** (Auslandskrankenversicherung - obligatorisch)

Insurance Carrier (Versicherungsanbieter): \_\_\_\_\_

Policy # (Nummer der Police): \_\_\_\_\_

Telephone # (Telefonnummer): \_\_\_\_\_

---

**9) Medvac (Medical Evacuation) insurance - Mandatory** (Unfallversicherung zur Evakuierung in medizinischen Notfällen / Notfall-Rücktransport - obligatorisch)

Insurance Carrier (Versicherungsanbieter): \_\_\_\_\_

Policy # (Nummer der Police): \_\_\_\_\_

Telephone # (Telefonnummer): \_\_\_\_\_

---

**Information prior to departure on the Aranui** (Informationen zu Ihrer Zeit vor Abreise der Aranui)

Arrival Date and flight details in Papeete (Flugdetails & Ankunftsdatum in Papeete): \_\_\_\_\_

---

Name or Telephone number of your carrier to the hotel (Name oder Telefonnummer des Transferdienstleisters zu Ihrem Hotel): \_\_\_\_\_

Other (sonstige): \_\_\_\_\_

---



# LANGSAMREISEN

die Gegenwart entdecken

Island (Insel): \_\_\_\_\_

Hotel: \_\_\_\_\_

Telephone number: \_\_\_\_\_

Date of stay (Aufenthaltszeitraum): \_\_\_\_\_

Island (Insel): \_\_\_\_\_

Hotel: \_\_\_\_\_

Telephone number: \_\_\_\_\_

Date of stay (Aufenthaltszeitraum): \_\_\_\_\_

### **Post Cruise Information (Informationen zu Ihrer Zeit Nach Ihrer Aranui-Reise)**

Island (Insel): \_\_\_\_\_

Hotel: \_\_\_\_\_

Telephone number: \_\_\_\_\_

Date of stay (Aufenthaltszeitraum): \_\_\_\_\_

Island (Insel): \_\_\_\_\_

Hotel: \_\_\_\_\_

Telephone number: \_\_\_\_\_

Date of stay (Aufenthaltszeitraum): \_\_\_\_\_

Departure Date and flight details from Papeete (Flugdetails & Rückreisedatum von Papeete):  
\_\_\_\_\_

**Since there is no age limit requirement, we suggest that all passengers be in good physical condition. The right is reserved to refuse passage to anyone in such a state of health or condition, for whatsoever reason, might be dangerous to the individual or other passengers. CPTM is not responsible for hospital, medical, and/or evacuation charges incurred by passenger. The insurance to cover medical, travel cancellation and/or interruption are mandatory. Please consult your travel agent.**

**Vor dem Hintergrund, dass es keine Altersbegrenzung gibt, empfehlen wir allen Passagieren in einer guten physischen und gesundheitlichen Verfassung zu sein. Das Recht ist vorbehalten allen den Zugang zu verwehren, die sich in einer solch gesundheitlich und physischen Verfassung befinden, die eine solche Reise zu ungeeignet oder zu gefährlich für den Reisenden selbst oder für die übrigen Passagiere erscheinen lassen. Die CPTM (Compagnie Polynésienne de Transport Maritime) ist nicht verantwortlich für medizinische Kosten oder/und die der Evakuierung, welche von Ihrem Grunde nach auf den Passagier zurückzuführen sind. Eine Versicherung zur Abdeckung von möglichen medizinischen Kosten, der Evakuierung/ des Notfall-Rücktransportes, des Reiserücktritts oder/und des Abbruchs der Reise sind obligatorisch. Bitte kontaktieren Sie hierzu Ihre Reiseagentur.**

Place, Date: \_\_\_\_\_

Signature/Unterschrift: \_\_\_\_\_

Signature/Unterschrift: \_\_\_\_\_

Arne Gudde · Geschäftsführer  
Karl-Marx-Straße 12 · 12043 Berlin · Fon/Fax +49 30 609 863 93-0/-9  
mail@langsamreisen.de · www.langsamreisen.de

Triodos Bank Deutschland · BLZ: 500 310 00 · Kto.-Nr. 10 10 230 000  
IBAN: DE79 5003 1000 1010 2300 00 · BIC: TRODDEF1XXX  
USt-IdNr.: DE274202210