

貴社との契約に際し、重要事項説明書（契約概要・注意喚起情報、個人情報に関する説明書類を含む）を受領しその説明を受け、海外旅行保険普通保険約款およびこれにセトされた特約の内容を了解したうえで次のとおり保険契約を申し込みます。なお、本申込書に記載した事項は事実と相違ないことを誓約します。

① 申込人（保険契約者）についてご記入ください。

申込人（保険契約者）が法人の場合は、「法人名」と「役職名・代表者名」をご記入ください。

個人 法人名	カナ 漢字（申込人本人がご署名ください）	住所	〒 []-[]-[]-[]-[]-[]
	様	電話番号	日中の連絡先をご指定ください 市外局番 []-[]-[]-[] 自宅 勤務先 携帯

上記ご署名・ご捺印は、「重要事項説明書（個人情報に関する説明書類を含む）」受領および承諾、ご契約内容確認事項の確認の署名・捺印を兼ねます。

② 旅行者（被保険者（保険の対象となる方））についてご記入ください。

旅行者（被保険者（保険の対象となる方））

（ローマ字でご記入ください） 姓名

氏名	住所	〒 []-[]-[]-[]-[]-[]	
性別	男 女	電話番号	申込人の電話番号と異なる場合のみご記入ください 日中の連絡先をご指定ください 市外局番 []-[]-[]-[] 自宅 勤務先 携帯

今回の旅行目的をお選びください。 観光 出張 駐在 留学 ワーキングホリデー 学校旅行 その他（ ） *旅行目的に応じて学校名、勤務先、査証（VISA）Noなどの記入が必要です。

告知事項 告知事項に事実と異なる記載をしたり、または事実を記載しなかった場合には、保険契約を解除させていただくことや保険金をお支払いできないことがあります。

① 2については保険期間が31日までの場合は記入不要です。	1 現在、ケガや病気で医師の治療・投薬を受けていますか？または医師から精密検査、定期的な診察、治療・投薬のいずれかをすすまられていますか？ いいえ はい → 傷病名（ ）	5 旅行出発日時点の年齢をご記入ください 生 年 月 日 西暦 年 月 日
	2 これまで継続して1か月以上入院したこと、または脳疾患、心疾患、ガンをお患ったことがありますか？ いいえ はい → その詳細は（ ）	6 今回の旅行先をお選びください。 アジア ヨーロッパ オセアニア 北米 ハワイ クアムサイパン 中南米 アフリカ 中東 その他（ ）
3 過去3年間に海外旅行保険または国内旅行傷害保険の携行品 損害保険金を5回以上請求または受領されていますか？ いいえ はい → ご加入いただけません	4 同一の補償を提供する他の保険契約（共済を含む）がありますか？（生命保険・簡易保険・クレジットカード付帯保険は除きます。「多重契約による保険金詐欺防止」のためにおたずねするものです。） いいえ はい → その詳細について 印とご記入をお願いします。 保険種類：1.海外旅行保険 2.普通傷害保険 3.家族傷害保険 4.交通事故傷害保険 5.共済などその他（ ） 保険会社名など（ ） 傷害死亡保険金額（ ）	7 今回のご旅行中、「キューバ」が渡航先に含まれますか？ いいえ はい → ご加入いただけません →「キューバ」が渡航先に含まれる場合には、ご加入いただけません。また、出発後の予定の変更により「キューバ」に渡航された場合など、いかなる場合でも、「キューバ」において生じた事故については保険金をお支払いすることができませんので、ご了承ください。
		8 今回のご旅行中、危険な運動（前ページ参照）を伴いますか？ いいえ はい → ご加入いただけません
		9 今回のご旅行中に従事する職務がありますか？ ※たとえば建設作業、商品仕入などのように詳しくご記入ください。 いいえ はい → その詳細は（ ）

*申込人（保険契約者）と旅行者（被保険者）が異なる場合は、下記「旅行者（被保険者）が保険契約の締結に同意するための署名」欄に旅行者（被保険者）のご署名が必要となります。

旅行者（被保険者）が保険契約の締結に同意するための署名（右記（注）参照）	本契約内容を理解の上、被保険者となることに同意します。あわせて、同条件で延長される契約についても同様に同意します。 注 旅行者（被保険者）数が2～5名の契約の場合、保険会社提出用裏面にご署名ください。 *1 旅行者（被保険者）の同意の署名が無い場合、2 旅行者（被保険者）が旅行出発日時点で満15才未満の場合（同意の署名は不要です。）、は、傷害死亡保険金額、疾病死亡保険金額は、他の同種の保険契約と合算で1000万円を上限とさせていただきます。（ただし、旅行目的が「学校旅行」「留学」「ワーキングホリデー」の場合は、3000万円を上限とさせていただきます。）	被保険同意 なし あり 不要
--------------------------------------	---	-------------------

③ お申し込みいただく保険の内容についてご記入ください。

保険期間（保険のご契約期間）	20 年 月 日より 20 年 月 日まで	日間	ご契約タイプ
合計保険料（一括払）	*留学先の学校名など（留学プランのみ記入）（「ワーキングホリデー」の場合は、査証（VISA）No（申請中の場合は渡航先の国名）		*派遣元・所在地など（出張・駐在プランのみ記入） 派遣元 出張・駐在先都市名

*死亡保険金受取人を法定相続人とする場合は記入不要です。 →

死亡保険金受取人氏名	フリカナ	旅行者（被保険者）との続柄	旅行者（被保険者）が同意するための署名・捺印	死亡保険金受取人を左記の者に指定することに同意します。
------------	------	---------------	------------------------	-----------------------------

↓セトタイプ以外の契約をご希望の場合にご記入ください。（保険期間 31日まで）
 ●この保険は個別に保険金額（ご契約金額）を記入してある補償項目のみに適用し、記入のあった補償項目の約款および特約が自動的に適用されます。（ご契約タイプ000 1名当りの保険金額 ご契約金額）

補償項目	保険金額（ご契約金額）	補償項目	保険金額（ご契約金額）
傷害死亡 必須	Y [] 000	救護者費用（支払限度額）	Y [] 000
傷害後遺障害 必須	上記金額の3 100	携行品 自己負担額なし（支払限度額）	Y [] 000
傷害治療費用 支払限度額	Y [] 000	緊急一時帰国費用 支払限度額	Y [] 000
疾病治療費用 支払限度額	Y [] 000	家族総合賠償 支払限度額	Y [] 000
疾病死亡	Y [] 000	傷害者治療費用 支払限度額	Y [] 000
個人賠償責任 自己負担額なし（支払限度額）	Y [] 000	生活活動能 支払限度額	Y [] 000

（注1）～（注5）については、前ページをご参照ください。

寄託手荷物遅延 補償あり 10万円	航空機遅延 補償あり 2万円
31日まで 留守宅家財・支払限度額 02	A 20万 B 30万 C 50万 D 100万
31日超 家族総合賠償（支払限度額） 03	自動車賠償責任補償対象外
3か月まで 旅行変更費用（支払限度額） 04	A 10万 B 20万 C 30万 D 40万
3か月以上 緊急一時帰国費用 支払限度額 04.5	40万 70万 100万
家族緊急一時帰国費用 支払限度額 06	家族全員
クルーズ旅行取消費用（支払限度額）	A 20万 C 30万 E 40万 G 50万 J 70万 M 100万 N 120万 P 140万 Q 160万 R 180万
留学継続費用 120万 150万 200万	学業費用 A 60万 B 100万 C 150万

留学継続費用・学業費用をセトする場合は、扶養者氏名および留学終了予定時期を次の欄にご記入ください。
 留学継続費用は、留学に関わる費用を扶養者の方が負担されている場合に、ご利用いただけます。
 扶養者氏名（ローマ字記入） 留学終了予定 20 年 月

（注1）～（注6）については、前ページをご参照ください。

自己 1	マーケティングコード	特約番号	契約時額収方法	現金 クレカ ワンス
特定 2	旧証券番号		領収日	20 年 月 日
契約証券番号控	プロデューサーコード	備考		