

【新旅行保険システム タイプ・人数入力専用】 国内旅行傷害保険被保険者明細書



TO Tokio Marine & Nichido Fire Insurance Co., Ltd.
東京海上日動火災保険株式会社 宛

【ご注意】

- ★または☆が付された事項は、ご契約に関する重要な事項(告知事項)です。これらについてお答えいただいた内容が事実と異なる場合や事実をお答えいただかない場合はご契約を解除し、保険金をお支払いできないことがありますので、ご注意ください。また、☆が付された事項に内容の変更が生じた場合には、遅滞なく弊社にご連絡ください。ご連絡がない場合は保険金が削減されることがありますので、ご注意ください。
 - 弊社の国内旅行傷害保険には「国内旅行傷害保険特約」「戦争危険等免責に関する一部修正特約」がセットされています。
 - *1~*5のある項目については、裏面を必ずご確認ください。
 - 本被保険者明細書(以下、本明細書)の記載事項に変更が生じた場合には、保険契約の申込(加入)時もしくは変更お申し出時にご提出いただいた最新の本明細書に、必要事項を追記のうえ変更依頼書とともにご提出ください。
- なお、本明細書の記載事項に変更が伴わないご契約内容変更のお申し出の際には本明細書の提出は不要です。この場合は、保険契約の申込(加入)時もしくは変更お申し出時にご提出いただいた最新の明細書が引き続き有効となります。

連番 明細番号

証券類番号 _____ 本被保険者明細書通し番号 _____

ご旅行者 (被保険者)	氏名	カナ エコデン イチロウ	*1 ご旅行者 (被保険者) 同意署名欄	*1 私は本契約の内容に同意します。本契約が同条件で延長される場合も同様に同意します。また、個人情報の取扱いに関するご案内に記載の内容についても同意します。				
	漢字	惠小電 一郎		惠小電 一郎(直筆署名)				
生年月日	西暦	2001年 4月 10日	年齢	18才	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	電話番号	096 (111) 1111
★旅行中に従事する職業・職務		★他の保険契約等*2		備考				
内容 <input checked="" type="radio"/> 有 →		内容 <input checked="" type="radio"/> 有 →		裏面にご記入 ください。				
死亡保険金受取人指定*3		変更日*4		変更種類*5				
<input checked="" type="radio"/> 有 方式 B1 B2T		平成 年 月 日		補償変更(被保険者の取消) 補償変更(被保険者の追加) 補償変更(被保険者の解約) その他()				

ご旅行者 (被保険者)	氏名	カナ ニシクマ ヒロノブ	*1 ご旅行者 (被保険者) 同意署名欄	*1 私は本契約の内容に同意します。本契約が同条件で延長される場合も同様に同意します。また、個人情報の取扱いに関するご案内に記載の内容についても同意します。				
	漢字	西熊 博信		西熊 博信(直筆署名)				
生年月日	西暦	2001年 9月 21日	年齢	18才	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	電話番号	096 (222) 2222
★旅行中に従事する職業・職務		★他の保険契約等*2		備考				
内容 <input checked="" type="radio"/> 有 →		内容 <input checked="" type="radio"/> 有 →		裏面にご記入 ください。				
死亡保険金受取人指定*3		変更日*4		変更種類*5				
<input checked="" type="radio"/> 有 方式 B1 B2T		平成 年 月 日		補償変更(被保険者の取消) 補償変更(被保険者の追加) 補償変更(被保険者の解約) その他()				

ご旅行者 (被保険者)	氏名	カナ ミツバ イサオ	*1 ご旅行者 (被保険者) 同意署名欄	*1 私は本契約の内容に同意します。本契約が同条件で延長される場合も同様に同意します。また、個人情報の取扱いに関するご案内に記載の内容についても同意します。				
	漢字	三葉 功		三葉 功(直筆署名)				
生年月日	西暦	2001年 12月 25日	年齢	17才	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	電話番号	096 (333) 4444
★旅行中に従事する職業・職務		★他の保険契約等*2		備考				
内容 <input checked="" type="radio"/> 有 →		内容 <input checked="" type="radio"/> 有 →		裏面にご記入 ください。				
死亡保険金受取人指定*3		変更日*4		変更種類*5				
<input checked="" type="radio"/> 有 方式 B1 B2T		平成 年 月 日		補償変更(被保険者の取消) 補償変更(被保険者の追加) 補償変更(被保険者の解約) その他()				

ご旅行者 (被保険者)	氏名	カナ	*1 ご旅行者 (被保険者) 同意署名欄	*1 私は本契約の内容に同意します。本契約が同条件で延長される場合も同様に同意します。また、個人情報の取扱いに関するご案内に記載の内容についても同意します。				
	漢字							
生年月日	西暦	年 月 日	年齢	才	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	電話番号	()
★旅行中に従事する職業・職務		★他の保険契約等*2		備考				
内容 <input checked="" type="radio"/> 有 →		内容 <input checked="" type="radio"/> 有 →		裏面にご記入 ください。				
死亡保険金受取人指定*3		変更日*4		変更種類*5				
<input checked="" type="radio"/> 有 方式 B1 B2T		平成 年 月 日		補償変更(被保険者の取消) 補償変更(被保険者の追加) 補償変更(被保険者の解約) その他()				

ご旅行者 (被保険者)	氏名	カナ	*1 ご旅行者 (被保険者) 同意署名欄	*1 私は本契約の内容に同意します。本契約が同条件で延長される場合も同様に同意します。また、個人情報の取扱いに関するご案内に記載の内容についても同意します。				
	漢字							
生年月日	西暦	年 月 日	年齢	才	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	電話番号	()
★旅行中に従事する職業・職務		★他の保険契約等*2		備考				
内容 <input checked="" type="radio"/> 有 →		内容 <input checked="" type="radio"/> 有 →		裏面にご記入 ください。				
死亡保険金受取人指定*3		変更日*4		変更種類*5				
<input checked="" type="radio"/> 有 方式 B1 B2T		平成 年 月 日		補償変更(被保険者の取消) 補償変更(被保険者の追加) 補償変更(被保険者の解約) その他()				

弊社使用欄・お客様にコピーをお渡しいください。

表面および裏面 * のご説明

- * 1: 被保険者5名以下の団体契約かつご契約者(ご加入者)とご旅行者(被保険者)が異なるケースで、ご契約(ご加入)の死亡・後遺障害保険金額が他の保険契約等(*2)と合算で1,000万円(*6)を超える場合は、表面にご旅行者(被保険者)の同意を証する「署名」が必要です。なお、ご旅行者(被保険者)の年齢が保険期間の始期日時時点で満15歳未満の場合は、同意を行うことができません。
- * 2: 他の保険契約等(同時に申込み(加入を依頼する)契約を含みます。)がある場合にご記入ください。「他の保険契約等」とは、この保険契約以外にご契約されている、この保険契約と全部または一部について支払責任が同一である保険契約や共済契約のことです。他の保険契約等がある場合、そのご契約の内容によっては、弊社にて保険のお引受けができない場合があります。
- * 3: 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。保険金受取人を指定される場合は、死亡保険金受取人指定欄の「有」および「B1またはB2T」のいずれかに○印をつけ、所定の必要書類をご提出ください。
また、ご旅行者(被保険者)が15歳未満の場合で死亡保険金受取人を親権者・後見人に指定される際には、親権者・後見人が家庭裁判所に特別代理人の選任を請求し、この特別代理人が同意することが必要となります。
- * 4: 本明細書の記載内容を変更する場合にご記入頂く項目です。
- * 5: 本明細書の記載内容を変更する場合にご記入頂く項目です。該当する変更種類に○印を付けてください。
- * 6: ご契約(ご加入)いただける保険金額についてはご契約(ご加入)内容により上限額が異なります。詳細につきましては、代理店または弊社までお問い合わせください。
- * 7: 死亡・後遺障害、入院(・手術)、通院の内容についてご記入ください。

該当する方のみご記入ください

連番	明細番号	★他の保険契約等 *2	
		①会社名	②保険種類
		③保険金額 *7	④満期日 (西暦)
		①会社名	②保険種類
		③保険金額 *7	④満期日 (西暦)
		①会社名	②保険種類
		③保険金額 *7	④満期日 (西暦)
		①会社名	②保険種類
		③保険金額 *7	④満期日 (西暦)
		①会社名	②保険種類
		③保険金額 *7	④満期日 (西暦)