

JET ACCIDENT INSURANCE Insured's Confirmation of Agreement

Please Read the Following Directions Carefully Before Filling Out the Form. (下記の注意事項に従って記載してください。)

1. Stipulation of Beneficiary (受取人について)

Only a **parent, spouse, child, grandparent** or **sibling** of the participant may be specified as a beneficiary. Please fill out his/her address, name and your relationship with the beneficiary. (受取人には両親、配偶者、子供、祖父母、兄弟から指定をし、受取人の住所、氏名とあなたの関係(続柄)を記入してください。)

2. Language (記入言語について)

Please complete the form in Japanese or English. (日本語か英語で記入してください。)

3. To Make Corrections (訂正方法について)

Please make any corrections by crossing out incorrect information with two horizontal lines and signing beside the correction or stamping your personal seal over the mistake. The use of white-out is NOT permitted. (訂正する場合は、二重線で抹消し、上にサインまたは捺印をしてください。修正液の使用は不可です。)

4. Please complete all fields. (全ての項目を記入してください。)

Date of Submission 提出日 **August / 1 / 2018**

Terms and conditions of the insurance (該当契約の内容)

Applicant (Contractor) ご契約者	Council of Local Authorities for International Relations 一般財団法人 自治体国際化協会	Type of insurance 保険種類	Overseas Travel 海外旅行保険
		Policy Number 証券番号	<<LEAVE BLANK>>
Period of insurance (Period for open contract) 保険期間(特約期間)	<<LEAVE BLANK>>	Including the extension of the period on the same terms and conditions. This period of insurance is for the Applicant (CLAIR), and therefore may differ from the actual period of insurance coverage for each JET participant. (前年同条件で保険期間が延長される場合もあります。また、保険期間はあくまでも契約)	
Limit of indemnity per insured (※1) 保険金額 (被保険者1名あたり)	Coverage (補償項目)	Limit of indemnity (保険金額)	Coverage (補償項目)
	Injury death (傷害死亡)	20,000,000 Yen	Sickness death (疾病死亡)
		6,000,000 Yen	
Name of JET Participant JET参加者の名前	Key Sugawara		JET Number JET番号 20180123456
Beneficiary (Recipient of death benefits) 死亡保険金受取人	Address ご住所	765 Figuero Street, Suite 4800, Los Angeles, California 90017, USA	
	Name お名前	Daddy Sugawara	Relationship with the insured (※1) 被保険者との関係 Father
	Special clause for labor disaster indemnity provided by a corporation, etc. 企業等の災害補償規定等特約	<input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No	
	Objects of agreement 同意の対象	<input type="checkbox"/> All insurance contracts included in the present open contract. 本包括契約で対象となる全契約に同意 <input checked="" type="checkbox"/> This insurance contract only 本契約のみ同意	
Agreement to renewal of the open contract [B2 form] 更新契約の同意[B2方式]	<input checked="" type="checkbox"/> Yes (Agreement to future renewal on the same terms and conditions) 者(同条件の更新契約も同意) <input type="checkbox"/> No (Agreement to the present contract only) 無(本契約のみ同意)		The following contracts will be handled in the same way with the present contract: ・Renewal contracts continued on the same terms and conditions. ・Insurance contracts which are cancelled halfway through the period of insurance and take effect on the date of cancellation on the same terms and conditions as before, as well as their renewal contracts. (以下の契約についても本契約と同様に取扱います。 ・同条件で継続される更新契約 ・保険期間の途中で保険契約を解約し契約日を保険始期

I confirm my agreement to become the insured (※1) of the above-mentioned insurance contract.
(上記の保険契約の被保険者となることに同意します。)

Signature and seal by the insured (※1) 被保険者のご署名、ご捺印	
Please fill in. (必ずご記入下さい。)	
Key Sugawara	
Passport No. パスポート番号 AB1234567	
Date of Birth 生年月日	Age (※2) 満年齢
July / 29 / 1988	30
Signature date ご署名日	
July / 31 / 2018	

(Official Use)

代理店・社員記入欄	本人確認方法
<input checked="" type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード <input type="checkbox"/> 公務員共済組合員証 <input type="checkbox"/> 戦傷病者手帳・身体障害者手帳等各種福祉手帳 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他(書類名)	
確認書類の番号 (左記番号について確認した)	

※1 The insured means person(s) insured under this contract. (「被保険者」とは、保険の対象となる方をいいます。)
 ※2 Please enter your full age on the date of commencement or alteration (in cases of participation or the designation of the recipient halfway through the period of insurance.) (始期日もしくは変更日(中途加入、期中での受取人指定の場合)時点の満年齢をご記入ください。)

代理店・社員記入欄

確認欄に記載の方法により被保険者が本人であることを確認し、被保険者の死亡保険金受取人指定に関する同意の意思を確認しました。

■ 確認者

代理店名(課支社名)	広域法人部 法人第1課		
確認者氏名	印	確認日	平成 年 月 日