

JET ACCIDENT INSURANCE Insured's Confirmation of Agreement (JET傷害保険 被保険者同意確認書)

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 (受益人について)

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. (受益人には両親、配偶者、子供、祖父母、兄弟から指定をし、受益人の住所、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. Filling out this form (記入について)

Please use a non-erasable ballpoint pen if you fill it out by hand. (ボールペン(消えないもの)を使用して記入ください。)

4. 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。)

■ Terms and conditions of the insurance (該当契約の内容)	Date of Submission 提出日	DAY / MONTH / YEAR
		1 / August / 20XX

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	

Period of insurance (Period for open contract) 保険期間(特約期間)	Including the extension of the period on the same terms and conditions. (同条件で保険期間が延長される場合も含まれます。)		
---	---	--	--

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)	Limit of indemnity (保険金額)
	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	20XX0123456
-----------------------------------	--------------	------------------	-------------

Address ご住所	Country 国名	USA	★If the contents of the light grey box are incorrect, it is necessary to cross out the incorrect information and sign one's name next to it (薄グレー色欄の記載を誤った場合、二重線での抹消とサインが必要です。)
	765 Figuero Street, Suite 4800, Los Angeles, California 90017		

Beneficiary (Recipient of death benefits) 死亡保険金受取人	Name お名前	John Sugawara	Relationship with the insured (※1) 被保険者との関係	Father Mother KS
	E-Mail Address メールアドレス	john.sugawara @ abc.co.jp		

Telephone Number 電話番号	Country Code	+ 123-456-7890
	1	

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	Objects of agreement 同意の対象	<input type="checkbox"/> All insurance contracts included in the present open contract. (※2) 本包括契約で対象となる全契約に同意	Agreement to renewal of the open contract 【B2 form】 更新契約の同意【B2方式】	<input type="checkbox"/> Yes (Agreement to future renewal on the same terms and conditions) (※3) 有(同条件の更新契約も同意)
	<input checked="" type="checkbox"/> No (※1)		<input checked="" type="checkbox"/> This insurance contract only 本契約のみ同意		<input type="checkbox"/> No (Agreement to the present contract only) 無(本契約のみ同意)

※1 Please explain to your family about this insurance contract. (本契約の加入についてご家族にご説明ください。)

※2 Insurance contracts shall be those in which participation is made at the time of business trips on the same terms and conditions during the above period of insurance. (上記特約期間中の業務出張時に上記内容で加入される保険契約を対象とします。)

※3 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とする同条件の保険契約およびその更新契約)

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。)

Insured (JET Participant) 被保険者(JET参加者)	Signature by JET Participant (the insured (※1)) JET参加者(被保険者)のご署名	Date of Birth 生年月日	Age (※2) 高年齢
	Please sign here by hand. (必ずご署名下さい。)	DAY / MONTH / YEAR	29
	Passport No. パスポート番号	Signature date ご署名日	
	AB1234567	DAY / MONTH / YEAR	1 / August / 20XX

※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。)

Official Use 代理店・社員記入欄

以下の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。

本人確認方法	<input checked="" type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他(書類名)
確認書類の番号	(上記番号について確認した)

確認者	社員