

# JET Accident Insurance

## Insured's Confirmation of Agreement

Download from the JET Programme website

兼用 様式Ⅱ(2)【海旅・内旅・国内航空用】

To Tokio Marine & Nichido Fire Insurance Co., Ltd.

提出用(本人→在外公館→CLAIR→保険会社)

(JET → Embassy or Consulate of Japan → CLAIR → Insurance Co.)

保険会社には必ず原本を提出してください。(必要に応じてコピーを取り、手控えとしてください。)

### 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

Date of Submission 提出日 / /

### 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	
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む)			
Limit of indemnity per insured (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			JET Number JET番号	
Beneficiary (Recipient of death benefits) 死亡保険金受取人	Address ご住所			
	Name お名前	Relationship with the insured (※1) 被保険者との関係		
	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		
You can designate only one person. 受取人は1名のみ	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) 有(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)		
	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。) 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。) 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します。) ・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地期			

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。)	
Passport No. パスポート番号	
Date of Birth 生年月日	Age (※2) 満年齢
/ /	/
Signature date ご署名日	
/ /	

(Official Use)

代理店・社員記入欄

本人確認方法

☒ パスポート   ☐ 運転免許証   ☐ 健康保険証   ☐ 住民基本台帳カード  
☐ 公務員共済組合員証   ☐ 職傷病者手帳・身体障害者手帳等各種福祉手帳

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	

07ut-GJ05-09113-2010年3月作成

# SAMPLE

## JET Accident Insurance Insured's Confirmation of Agreement

Download from the JET Programme website

兼用 様式Ⅱ(2)【海旅・内旅・国内航空用】 To Tokio Marine & Nichido Fire Insurance Co., Ltd.		提出用(本人 → 在外公館 → CLAIR → 保険会社) (JET → Embassy or Consulate of Japan → CLAIR → Insurance Co.) 保険会社には必ず原本を提出してください。(必要に応じてコピーを取り、手控えとしてください。)	
<b>JET ACCIDENT INSURANCE</b> <b>Insured's Confirmation of Agreement</b>			
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 <b>parent, spouse, child, grandparent or sibling</b> 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。修正液の使用は禁止です。)			
Date of Submission 提出日		June / 10 / 2016	
<b>■ Terms and conditions of the insurance (該当契約の内容)</b>			
Applicant (Contractor) 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
Period of insurance (Period for open contract) 保険期間(特約期間)			Policy Number 証券番号
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	John Jacob Smith		JET Number JET番号 20160123456
Beneficiary (Recipient of death benefits) 死亡保険金受取人	Address ご住所	1234 Cherry Blossom Lane, Anytown, VA, USA 65432	
	Name お名前	Jane Smith	Relationship with the insured (※1) 被保険者との関係 Mother
You can designate only one person. 受取人は1名のみ	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	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。)  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。)  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
	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) 有(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)	
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。)  Passport No. パスポート番号 123456789 Date of Birth 生年月日 January / 31 / 1995 Age (※2) 満年齢 21 Signature date ご署名日 June / 10 / 2016		(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 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。)			
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。			
<b>■ 確認者</b>			
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