

東京海上日動 海外旅行保険  
申込書発行のためのお伺い書(アンケート)

記入日：2023年 月 日

申込人・ 氏名 (ご契約者)	漢字		生年月日(西暦): 年 月 日
	カナ		性別: 男性 / 女性
	ローマ字		

※18歳未満の方は申込人(契約者)にはなれません。  
申込人と旅行者が同一の場合は、旅行者の欄に「同上」とご記入ください。

ご旅行者① (被保険人)	漢字		生年月日(西暦): 年 月 日
	カナ		性別: 男性 / 女性
	ローマ字		

ご旅行者② (被保険人)	漢字		生年月日(西暦): 年 月 日
	カナ		性別: 男性 / 女性
	ローマ字		

主たる 旅行先	・ヨーロッパ ・アジア ・その他	旅行 目的	・観光 ・ビジネス ・留学・研修 ・その他
------------	------------------------	----------	--------------------------------

※旅行先: ロシア、ペラルーシ、ウクライナ、中央アジア(カザフスタン、ウズベキスタン等)、コーカサス地域は、「ヨーロッパ」を○で囲みください。

保険期間	202__年 月 日から 202__年 月 日まで	日間 月間	ご契約タイプ	
------	------------------------------	----------	--------	--

●申込人(ご契約者)の連絡先ご住所

ご住所	〒	電話番号: 携帯番号など日中でもご連絡が付きやすい連絡先をご記入ください。  E-mail:
-----	---	---

※本伺い書をもとに保険申込書および保険料・請求書を発行させていただきます。保険内容確認のため別途、ご連絡させていただく場合がございます。旅行保険の保険料のお振込み先は、発行された請求書に記載された東京海上日動の指定銀行口座あてのお振込みとなります。ご旅行代金をお振込みいただきますジェーアイシー旅行センターの銀行口座とは異なりますのでご注意ください。

★下記に該当される方はチェック☑を入れてください。

<input type="checkbox"/> 同一の補償内容を提供する「他の保険契約」が有る。
<input type="checkbox"/> 死亡保険金受取人を法定相続人以外とする。

書類送付先 | ジェーアイシー旅行センター株式会社  
〒160-0022 東京都新宿区新宿 1-10-5 岡田ビル 6F  
TEL 03-3355-7295 FAX 03-3355-7290  
E-mail: jictokyo@jic-web.co.jp 担当:

※上記該当の方は記入用の「別紙」を担当者に請求ください。

(別紙)

★下記のいずれかに該当のチェック①を入れた方は、お手数ですが該当の質問箇所にご記入ください。

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> 同一の補償内容を提供する「他の保険契約」が有る。<br><input type="checkbox"/> 死亡保険金受取人を法定相続人以外とする。 |
|--|

■同一の補償内容を提供する「他の保険契約」が有るにチェックを入れた方

会 社 名: \_\_\_\_\_

保 険 種 類: \_\_\_\_\_

保 険 金 額: \_\_\_\_\_

満期日(西暦): 20 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日まで

■死亡保険金受取人を法定相続人以外とする。

契約者(申込人)と同じ

上記の契約者(申込人)以外を死亡保険金の受取人とする場合

受取人 氏 名	カナ	
	漢字	

ご住所	〒 _____
-----	---------

被 保 険 者 ( 旅 行 者 ) 本 人 と の 関 係	
-------------------------------	--

■その他: 旅行開始前に発病して医師の治療を受けたことがある病気をお持ちの方

31日間以内の保険期間の場合は、旅行開始前に発病して医師の治療を受けたことがある病気であっても、海外旅行中にその症状の急激な悪化により医師の治療を受けられた場合は、海外旅行保険に「疾病に関する応急治療・救援費用担保特約」がセットされている場合は補償されます。

ご自身の加入される保険タイプに本特約がセットされているかどうかご確認ください。

※保険期間が31日を超える場合は「疾病に関する応急治療・救援費用担保特約」のセットは不可です。