

SOMPO の海外旅行保険加入申込書 Overseas Travel Accident PLUS Application Form

(Please complete form filling by clicking and typing in the fields)

ご注意ください

1. 「個人情報の取り扱いについて」をご一読のうえ、以下の全項目ならびに告知書（Health Declaration Form）にご記入、ご提出ください。
2. 本商品は日本国籍を有し、シンガポール国内に居住されている方のみを対象としております。

お申込人 (被保険者) Applicant's Particulars

氏名 Name	漢字:	FIN/Passport No.:
	ローマ字:	国籍 Nationality:
自宅住所 (ローマ字表記) Address:	生年月日 Date of Birth:	西暦 年 月 日
	性別 Gender:	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
勤務先 Company Name:	職業 Occupation:	
Eメールアドレス (確認メール送信に使用します) Email:	連絡先 (携帯) Mobile:	連絡先 (自宅 / 勤務先) Tel:

ご家族加入者 (被保険者) Particulars of Family Members to be Insured

ご家族加入者1 Family Member 1

氏名 Name	漢字:	FIN/Passport No.:
	ローマ字:	国籍 Nationality:
お申込人との関係 Relationship:	生年月日 Date of Birth:	西暦 年 月 日
	性別 Gender:	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
勤務先 Company Name:	職業 Occupation:	

ご家族加入者2 Family Member 2

氏名 Name	漢字:	FIN/Passport No.:
	ローマ字:	国籍 Nationality:
お申込人との関係 Relationship:	生年月日 Date of Birth:	西暦 年 月 日
	性別 Gender:	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
勤務先 Company Name:	職業 Occupation:	

ご家族加入者3 Family Member 3

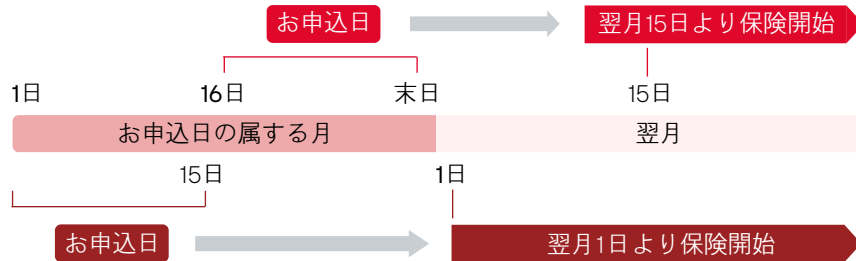
氏名 Name	漢字:	FIN/Passport No.:
	ローマ字:	国籍 Nationality:
お申込人との関係 Relationship:	生年月日 Date of Birth:	西暦 年 月 日
	性別 Gender:	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
勤務先 Company Name:	職業 Occupation:	

保険期間について Period of Insurance

保険期間（詳しくは下記をご確認ください）

- ※ お申込日が1日から15日の場合：翌月1日から1年間
- ※ お申込日が16日から月末日の場合：翌月15日から1年間
- ※ ご家族の保険期間は申込人に同じ

お客様の申込日により以下のとおり保険開始日(保険期間初日)を決定します。ただし、加入申込書・告知書の到着が遅れた場合、記載内容に不備のある場合、保険料のカード決済不能またはお振込みが遅れた場合には、この限りではありません。



保険料 Insurance Premium

【保険料表】 保険期間初日の満年齢により異なります

満年齢（保険期間初日）	保険料（S\$, GSTを含みます）	
	男性	女性
2 to 10	\$4,005.75	\$4,005.75
11 to 15	\$3,337.58	\$3,337.58
16 to 20	\$2,509.18	\$2,571.31
21 to 25	\$2,598.56	\$2,831.82
26 to 30	\$2,774.05	\$2,969.16
31 to 35	\$2,877.60	\$3,082.52
36 to 40	\$3,004.04	\$3,212.23
41 to 45	\$3,337.58	\$3,410.61
46 to 50	\$3,523.97	\$3,627.52
51 to 55	\$3,792.11	\$3,787.75
56 to 60	\$4,266.26	\$4,233.56
61 to 65 (更新のみ) ※新規でのご加入は承っておりません	\$6,325.27	\$5,884.91

保険料（保険料表をご確認ください） Insurance Premium

お申込人 Applicant:	S\$
ご家族加入者1 Family Member 1:	S\$
ご家族加入者2 Family Member 2:	S\$
ご家族加入者3 Family Member 3:	S\$
合計保険料 Total Premium:	S\$

宣言 Declarations

By contracting this policy,

- a. I acknowledge and agree (in case of corporate policy, I represent that I have obtained the consent of the individuals in relation to this policy) that Sompo may collect, use, disclose and/or process my/our personal data (in case of corporate policy, personal data of individuals in relation to this policy) in accordance with the Personal Data Protection Act 2012 for the purposes and uses described in Sompo's Privacy Policy (including the provision of protection, services related to this insurance policy, screening activities in accordance with legal/regulatory obligations/risk management procedures). This may include disclosure to Sompo's business partners, intermediaries, third party service providers and industry associations. Sompo's Privacy Policy can be found at www.sompo.com.sg.
- b. I consent to receive marketing and promotional information from Sompo (eg. via email, mail, SMS, etc.). I understand that I can withdraw or manage my consent to receive marketing and promotional information at www.sompo.com.sg.
- c. I am aware of and agree to abide by the Policy terms, conditions and exclusions and confirm that the information given in this application form and health declaration form is true, accurate and complete.

上記記載の「宣言」の内容を承知し、本申込書記載の内容で本保険契約を申し込みます。

お申込人(被保険者)のご署名 Signature

お日付 (お申込日) Date

加入申込書・告知書送付先 Application Submission

「加入申込書」およびご家族加入者全員の「告知書」を郵送またはEメールでご提出願います。
記載されたEメールアドレス宛に受領確認メールを送信いたします。

Eメールの場合 Email: kaigai.hoken@sompo.com.sg

保険料のお支払い、Payment Instructions

合計保険料が **\$5,000** 以下の場合はクレジットカード(デビットカード)によるお支払いが可能です。
\$5,000 を超える場合は当社へのお振込みによるお支払いとなります。

合計保険料 Total Premium: S\$

- クレジットカード(デビットカード)によるお支払い、Payment by Credit Card/Debit Card
S\$5,000以下の場合に限ります(VISAまたはMASTERCARDのみ)

カード種類 Card Type: Visa MasterCard

カード名義 Cardholder Name: _____ 有効期限 Expiry Date: _____ MM / YYYY

カード番号 Credit Card No: - - -

カードご署名 Signature

お日付 Date

- お振込みによるお支払い、Payment by bank transfer
(下記の銀行口座へお振込み願います)

Account Name: SOMPO INSURANCE SINGAPORE PTE. LTD.

Name of Bank: OCBC BANK

Address: 65 Chulia Street Singapore 049513

Account No.: 695-358820-001

Swift Code: OCBCSGSG