

損害保険ジャパン日本興亜株式会社 御中

『日本・アジア青少年サイエンス交流事業』にかかる海外旅行保険包括契約

告知書兼同意書

下記の各項目について、必ず被保険者本人が記入してください。

本人署名:

日本滞在期間:

年 月 日 から 年 月 日 まで

A. 告知書

1. 他の傷害保険契約が

ない

・

ある

⇒ある場合、

保険の種類:

保険会社名:

2. 既往症または慢性疾患が

ない

・

ある

⇒ある場合、

その病名:

発病時期:

3. 過去3年以内に病気で20日間以上にわたり
医師の治療を受けたことが

ない

・

ある

⇒ある場合、

その病名:

治療期間:

年 月頃 から 年 月頃まで

回復の状態:

完治した

・

完治していない

B. 同意書

医療調査に関する同意書

私は、私を診療または治療したすべての病院、医師および関係者が、保険会社またはその指名する者に、私に関するすべての疾病、傷害の記録を提供することを承認いたします。

私はまた、事故に関する情報を有するすべての関係者および関係機関が、保険会社またはその指名する者に、事故に関するすべての記録を提供することを承認いたします。

なお本書の写真複写についても本書と同じ効果があるものと認めます。

医療費の直接支払に関する同意書

1. 私はこの保険によりカバーされる医療費について、病院や薬局へ保険会社から直接支払われることに同意します。

2. もし、医療費が保険によりカバーされない場合は、私自身が病院や医師へ医療費を支払います。

3. 保険会社からの支払後、保険でカバーされない事由であることが判明した場合には、保険会社にその金額を支払います。

上記の内容が事実と相違ないことを確認し、本書が日本国の法律に従って解釈されること、本保険契約が、私を被保険者としてJSTが契約者となり締結されることおよび招へい期間中に、私に事故や損害等が発生した場合、私はその加害者と直接交渉し、JSTに対して交渉の仲介、補償等は一切求めないことについて同意のうえ、署名いたします。

署名年月日:

年 月 日

本人署名:

(* 必ず被保険者本人が記入し、自ら署名してください。)

以上

To Sompo Japan Nipponkoa Insurance Inc.

Overseas Travel Insurance of "Japan-Asia Youth Exchange Program in Science"

DECLARATION & AUTHORIZATION

Please delete or complete with necessary information regarding the following insurance contract.

Name of insured: []

Period of stay in Japan: From [] To []

A. Declaration Part:

1. I, the undersigned, have (no) other Japanese Insurance coverage for injury and/or sickness.

=>If affirmative, Name of Insurance Policy: []

Name of Insurance Company: []

2. I have (an/no) existing disease/chronic disease.

=>If affirmative, Name of disease: []

Since when?: []

3. I have had (no) sickness for which I received medical treatment for more than 20 continuous days in the past 3 years.

=>If affirmative, Name of sickness: []

Period: From [] To []

Recovery status: (cured) - (not cured)

B. AUTHORIZATION PART:

I hereby authorize any hospital, physician or any other person who has attended or examined me to release to the company, or to any other authorized representative of the company, all information with respect to any sickness or injury, medical history, consultation, prescription or treatment, and copies of all hospital or medical records.

I also authorize any person or institution who has personal knowledge of details of occurrence to release to the company, or to any other authorized representative of the company, all information with respect to occurrence and copies of all records.

Photocopy of this Authorization shall have the same force and effect as the original.

AGREEMENT PART:

- 1. I agree that the insurance company pay directly to the doctor, hospital or pharmacy for the medical expenses covered by this insurance.
2. If medical expenses are not covered by this insurance, I duly confirm that I will pay by myself these expenses to the doctor or hospital.
3. If it becomes clear that the expenses are not covered by this insurance, even after the payment has been made by the insurance company, I will reimburse these expenses to the insurance company without delay.

THE ABOVE INFORMATION IS TRUE AND CORRECT TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE. AND I CONFIRM AND AGREE THIS DOCUMENT SHALL BE GOVERNED BY AND CONSTRUED IN ACCORDANCE WITH JAPANESE LAW, AND I HEREBY ACKNOWLEDGE AND AGREE TO BE THE INSURED OF THIS INSURANCE. THIS DOCUMENT PROVE THAT

Date of sign: []

Signature: []

(* Name of Insured must be written by the Insured himself/herself.)

至：日本财产日本兴亚保险公司

“日本·亚洲青少年科技交流项目”海外旅行保险
告知书、以及相关医疗调查的同意书

以下各项须由被保险人本人填写。

本人签字：

日本逗留期间： 从 年 月 号 起至 年 月 号 止

A. 告知书

1. 现在所加入的其他意外事故保险合同 无 . 有

⇒如果有、 保险的种类：

保险公司名称：

2. 以往所患过的疾病或慢性病 无 . 有

⇒如果有、 何种疾病：

患病时期：

3. 过去三年中，是否患过连续医治20天以上的疾病 无 . 有

⇒如果有、 何种疾病：

医疗时期： 从 年 月 起至 年 月 止

康复情况： 治愈 . 未治愈

B. 医疗调查同意书

本人在此声明，凡属我就诊和接受治疗的医院、医生及相关人员，有权向保险公司或其指定的人员提供关于本人疾病、事故的所有信息。

掌握事故详情的所有相关部门和人员，有权向保险公司或其指定人员提供事故的所有相关资料。

本同意书的影印件与此同意书有同等的法律效力，特此声明。

医疗费直付同意书

- 1、我同意保险公司将符合保险的医疗费直接支付给医院及药店。
- 2、如果有关医疗费不属于保险支付责任范围时，本人将向医院及医生支付该医疗费。
- 3、保险公司支付医疗费后，如果判断该医疗费不属于保险支付责任范围内时，本人承诺向保险公司返还保险公司已支付的医疗费金额。

我确认上述内容属实，并同意按照日本的法律解释处理。本保险合同，本人为被保险人、JST为投保人，在投保期间如有事故和伤害等发生，我会直接和加害人进行交涉，不会要求JST介入和赔偿。特此签字声明。

签字日期： 年 月 号

本人签字：

(* 以上各项须由被保险人本人填写。)