

SOMPOの海外旅行保険加入申込書

Overseas Travel Accident PLUS Application Form

2024年1月1日改定

「個人情報の取り扱いについて」、および「PPFスキームについて」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。

「個人情報の取り扱いについて (Personal Data Protection Statements)」

- a) By contracting this policy, you acknowledge and agree (in case of corporate policy, you represent that you have obtained the consent of the individuals in relation to this policy) that Sompo Insurance Singapore may collect, use, disclose and/or process your 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 purpose and uses described in Sompo Insurance Singapore'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 Insurance Singapore's business partners, intermediaries, third party service providers and industry associations. Sompo Insurance Singapore's Privacy Policy can be found at [www.sompo.com.sg](#)
- b) By contracting this policy, you consent to receive marketing and promotional information from Sompo Insurance Singapore (e.g. via email, mail, SMS, etc.). You understand that you can withdraw or manage your consent to receive marketing and promotional information at [www.sompo.com.sg](#)
- c) By contracting this policy, you are 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.

「PPFスキームについて (Policy Owner's Protection (PPF) Scheme)」

This policy is protected under the Policy Owners' Protection Scheme which is administered by the Singapore Deposit Insurance Corporation (SDIC). Coverage for your policy is automatic and no further action is required from you. For more information on the types of benefits that are covered under the scheme as well as the limits of coverage, where applicable, please contact Us or visit the GIA/LIA or SDIC web-sites ([www.gia.org.sg](#) or [www.lia.org.sg](#) or [www.sdic.org.sg](#)).

お申込人(被保険者)氏名 (Name)	漢字						
	ローマ字						
FIN/NRIC/Passport No.		国籍 Nationality					
生年月日 Date of Birth	西暦	年	月	日	性別 Gender	男	女
連絡先 Phone Number	携帯	自宅 / 勤務先					
Eメールアドレス(確認メール送信に使用します) Email						@	
自宅住所 Home Address						郵便番号 Postal Code	<input type="text"/>
職業/勤務先 Occupation/Company Name	職業	勤務先					
保険期間 Period of Insurance (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						
保険料(保険料表をご確認ください) Premium	シンガポールドル S\$						

お申込人の保険料
をご記入ください

【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	保険料 (シンガポールドル、GST含まず)	
	男性	女性
2-10	3,225	3,225
11-15	2,688	2,688
16-20	2,020	2,070
21-25	2,092	2,280
26-30	2,233	2,391
31-35	2,317	2,482
36-40	2,419	2,587
41-45	2,688	2,746
46-50	2,838	2,921
51-55	3,054	3,050
56-60	3,435	3,408

保険期間について

お客様の申込日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。

お申込日 → 翌月15日より保険開始

1日 16日 末日 15日

お申込日の属する月 翌月

お申込日 → 翌月1日より保険開始

【保険料のお支払い】合計保険料がS\$5,000以下の場合に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。S\$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。

ご家族加入者全員の合計
保険料をご記入ください

保険料のお支払い	合計保険料 Premium	シンガポールドル S\$
	S\$5,000以下の場合に限り クレジットカード(デビットカード)によるお支払い (VISAまたはMASTERCARDのみ) Payment by Credit Card/Debit Card	◆ カード種類 (○印) <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MASTERCARD ◆ カード番号 Card Number <input type="text"/> ◆ 有効期限 Expiry Date <input type="text"/> / <input type="text"/> (MM/YY) ◆ カード名義 Card Holder <input type="text"/> ◆ カードご署名 Signature _____
	お振込みによるお支払い Payment by bank transfer (右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

上記記載の「個人情報の取り扱いについて」、および「PPFスキームについて」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
--------------------------	----------------

ご家族用加入申込書

Application Form

ご加入者(被保険者)氏名 (Name)	漢字					
	ローマ字					
FIN/NRIC/Passport No.				国籍 Nationality		
生年月日 Date of Birth	西暦	年	月	日	性別 Gender	男・女
お申込人との関係 Relationship						
職業/勤務先 Occupation/Company Name		職業		勤務先		
保険期間 Period of Insurance		表面お申込人と同じ				
保険料(保険料表をご確認ください) Premium		シンガポールドル S\$				

ご加入者(被保険者)氏名 (Name)	漢字					
	ローマ字					
FIN/NRIC/Passport No.				国籍 Nationality		
生年月日 Date of Birth	西暦	年	月	日	性別 Gender	男・女
お申込人との関係 Relationship						
職業/勤務先 Occupation/Company Name		職業		勤務先		
保険期間 Period of Insurance		表面お申込人と同じ				
保険料(保険料表をご確認ください) Premium		シンガポールドル S\$				

ご加入者(被保険者)氏名 (Name)	漢字					
	ローマ字					
FIN/NRIC/Passport No.				国籍 Nationality		
生年月日 Date of Birth	西暦	年	月	日	性別 Gender	男・女
お申込人との関係 Relationship						
職業/勤務先 Occupation/Company Name		職業		勤務先		
保険期間 Period of Insurance		表面お申込人と同じ				
保険料(保険料表をご確認ください) Premium		シンガポールドル S\$				

【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	保険料(シンガポールドル、GST含みます)	
	男性	女性
2-10	3,225	3,225
11-15	2,688	2,688
16-20	2,020	2,070
21-25	2,092	2,280
26-30	2,233	2,391
31-35	2,317	2,482
36-40	2,419	2,587
41-45	2,688	2,746
46-50	2,838	2,921
51-55	3,054	3,050
56-60	3,435	3,408

【加入申込書・告知書送付先】

「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。

<郵送の場合>

ATTN: Japanese Marketing
Sompo Insurance Singapore Pte. Ltd.
50 Raffles Place #03-03
Singapore Land Tower Singapore 048623

<Eメールの場合>

Email: kaigai.hoken@sompo.com.sg