



**被保険者同意確認書**

(死亡保険金受取人指定に関する同意書 兼 被保険者による同意確認書)

**1. 契約内容**

ご契約者	学校法人立命館 理事長 森島 朋三		証券番号	T901363036	
保険期間 *1 *2	年 月 日から 年 月 日まで				
保険種類	<input type="checkbox"/> 海外旅行保険以外 (具体的に: )		<input checked="" type="checkbox"/> 海外旅行保険		
保険金額 (被保険者(・本人) *3 1名あたり)  ※保険金額の異なる被保険者がい らっしゃる場合、保険金額の設定単 位で本同意確認書を作成してくださ い。	死亡・後遺障害保険金額	万円	傷害死亡保険金額	10000 万円	
	入院保険金日額	円	疾病死亡保険金額	1000 万円	
	通院保険金日額	円	傷害後遺障害保険金額	10000万 円	
		円	治療・救援費用保険金 額	無制限 円	
		円	賠償責任保険金額	10000万 円	
		円	携行品損害保険金額	50万 円	
		円	航空機遅延費用保険金 額	付帯あり 円	
【からだの保険・超保険のみ】 更新契約の取扱い	<b>同条件で更新される契約についても、本契約と同様に取扱いします。</b> ※企業等の災害補償規定等特約をセットしていない場合に限り、この取扱いとします。 ※からだの保険については、保険契約の更新に関する特約をセットする場合に限り、この取扱いとします。				
【死亡保険金受取人を指定する場合のみ】	企業等の災害補償規定 等特約のセット有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有  <input type="checkbox"/> 無 *4	<b>死亡保険金は、災害補償規定等に定められた甲慰金等の支払に充当されます。</b>  <b>本保険の加入についてご家族にご説明ください。</b>		
	【B2方式・D2方式のみ】 更新契約の同意	<input type="checkbox"/> 同条件の更新契約にも同意 同条件で更新される契約についても、本契約と同様に取扱いします。 <input checked="" type="checkbox"/> 本契約のみ同意し、更新契約には同意しない。			
	法人契約特約の セット有無	<input type="checkbox"/> 有  <input checked="" type="checkbox"/> 無	<b>死亡保険金以外の、法人契約特約に定められた保険金も死亡保険金受取人に支払われます。</b>		
	【旅行保険の 企業包括契約のみ】 同意の対象	<input checked="" type="checkbox"/> 本契約のみ同意 (上記保険期間の業務出張時に上記内容で加入される保険契約のみを対象とします。) <input type="checkbox"/> 本包括契約で対象となる全契約に同意 (下記特約期間中のすべて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。) 【特約期間】 年 月 日から 年 月 日まで			
	死亡保険金 受取人	住所  (フリガナ) キョウトシ ナカギョウク ニシノキョウヒガシトガノオチョウ 8  京都市中京区西ノ京東柵尾町 8 番地  氏名 (法人の場合は 企業等名)	(フリガナ) ガッコウホウジン リツメイカン  学校法人 立命館	被保険者との 関係	雇用主

※ 保険種類が医療補償の場合は、本同意確認書の「死亡保険金受取人」を、「保険金受取人」と読み替えます。

\*1 契約内容変更の場合、変更日を記載します。(中途加入の場合、中途加入日を記載します。)

\*2 旅行保険の場合、同条件で保険期間を延長する契約についても、同様に取扱いします。

\*3 「被保険者(・本人)」とは、保険の対象となる方(ご本人)をいいます。

\*4 次の場合等は、被保険者の本人確認書類(下記<本人確認書類となる公的書類一覧>参照)を、確認または提出いただきます。

① 企業等が契約者で、かつ死亡保険金受取人となっている契約で、企業等の災害補償規定等特約をセットしない場合

② 上記①以外で、死亡保険金受取人を、被保険者の配偶者および2親等内の血族(本人の祖父母、父母、子、孫または兄弟姉妹)以外に設定する場合(2016年9月30日以前始期契約については、被保険者の配偶者、本人の父母・子・孫以外に設定する場合)

<本人確認書類となる公的書類一覧>

パスポート、運転免許証、健康保険証、住民基本台帳カード、運転経歴証明書、介護保険被保険者証、各種福祉手帳、公務員共済組合員証、印鑑証明書  
※その他の公的書類については、取扱代理店等にご相談ください。

**2. 被保険者同意欄**

上記契約の被保険者となることについて同意します。

同意日	被保険者氏名(ご署名・ご捺印) *5	明細番号【 <u>超保険記入必須</u> 、超保険以外任意記入】 契約証・被保険者証番号【超保険以外任意記入】
年 月 日	印	
年 月 日	印	
年 月 日	印	
年 月 日	印	

\*5 被保険者が15歳未満の場合は、被保険者の氏名を記載のうえ、親権者・後見人等がご署名・ご捺印ください。