

保険加入者の個人情報

必ず全項目を英文でご記入下さい

姓 _____ 名 _____ 男性 女性

日本の住所(市町村番地) _____

郵便番号/都道府県名 _____ / _____ 本国¹ _____生年月日² _____ 電話(自宅) _____

電話(携帯) _____ ファックス _____

Eメール _____ (携帯のメールアドレスは不可)

ビザの申請場所 大阪のドイツ総領事館 東京のドイツ大使館 ドイツにてビザ申請 ビザ不要
 ワーキングホリデービザをご申請の場合、保険料のご入金を確認後、総領事館または大使館に加入証明書をお送りいたします。

ドイツ国内の連絡先/保険契約書類の送付先(ドイツご到着に合わせ、契約書類をドイツの滞在先にご送付いたします)

姓 _____ 名 _____

通り名 _____ (_____)様方

郵便番号/都市名 _____ / _____ 電話 _____

STEP IN 旅行保険のことをお知りになったきっかけ _____

お申し込み内容

- ステップイン旅行保険プラス(ELVIA旅行保険株式会社の保険約款規定に基づく)
 ステップイン旅行保険コンパクト(STEP IN旅行保険プラスと同様の補償内容、但し旅行傷害保険及び旅行賠償責任保険を除く)
 ステップイン旅行保険プレミアム(ドイツでの滞在許可申請用にさらに充実した疾病保険を追加)

保険契約の開始(日本出発日)³ _____ 保険契約の終了(日本帰国日) _____

私は _____ 週間(1週間～3週間)もしくは _____ ヶ月間(1～36ヶ月間)の保険契約をします。

保険料 _____ ユーロ(保険料表を参照して、日本出発日からの保険料を計算して下さい)

- 旅行荷物追加保険(ノートパソコン及び写真機・フィルム撮影機材を対象とする)

109ユーロ(追加保険は最長12ヶ月の旅行期間を補償し、日本を出発する前にSTEP IN 旅行保険プラスとセットでのみお申し込みいただけます。期間延長の場合は保険料を別途計上)

日本ワーキングホリデー協会の会員様ですか? はい いいえ(会員の方は、会員証をファックスもしくはメールにてSTEP INまでお送り下さい)

合計金額 _____ ユーロ

お支払方法

- 銀行振込み Deutsche Bank 24, Account No.502 900 404, Bank Code 340 700 24, IBAN DE 31 3407 0024 0502 9004 04, SWIFT DEUTDEDB340
 クレジットカード STEP IN GmbH が請求書の総額を以下のクレジットカード口座から引き落とすことに了承します。
 マスターカード ビザカード JCBカード 確認番号はカード裏面の署名欄の上部に記載された末尾三桁の数字です。

カードナンバー _____ カード名義人 _____

有効期限 _____ 日付/署名 _____ 確認番号 _____


上記質問に正しく且つ完全に回答したことを誓約します。また、本保険は保険料の支払を以って初めて有効となる旨を承知しています。

日付/署名 _____

以下の条件を満たす場合にのみ、保険による保護を受ける資格を有します。

¹日本に定住所があり、ドイツへ旅行する場合 ²1歳～50歳 ³ドイツにまだ入国していない場合

※ドイツ入国後1ヶ月以内の場合、或いは入国時から有効な保険に加入している場合、継続保険として本保険に加入することができます。その際は、前加入保険の証明書の提示が必要です。本保険は保険契約開始後、7日午前0時より有効となります。但し、傷害保険は契約開始時より有効です。



Mündrathweg 2A
40627 Düsseldorf Germany