



PT. ASURANSI TOKIO MARINE INDONESIA

Head Office: Sentral Senayan 1, 3rd & 4th Floor
Jl. Asia Afrika No.8, Jakarta 10270, Indonesia
Phones: (021) 572-5772
Fax: (021) 572-4005 / 6

東京海上インドネシア保険株式会社

海外旅行傷害保険のご案内



インドネシアから国外へ旅行・出張される皆様へ

こんな時、お役に立ちます！

ケガ(傷害治療)

障害治療交通事故をはじめ
様々な事故でケガをしたとき



病気(疾病治療)

かぜ、盲腸などの病気に
かかったとき



保険料

ご契約タイプ		Aタイプ	Bタイプ	Cタイプ
保険金額	傷害死亡・ 後遺障害	500 万円	500 万円	1,000 万円
	傷害治療費	50 万円	100 万円	100 万円
	疾病治療費	50 万円	100 万円	100 万円
保険料	2 日まで	777 円	1,454 円	1,554 円
	3 日まで	972 円	1,818 円	1,943 円
	5 日まで	1554 円	2,908 円	3,108 円
	7 日まで	1943 円	3,635 円	3,885 円
	10 日まで	2137 円	3,999 円	4,274 円
	14 日まで	2526 円	4,726 円	5,051 円

(注) 上記保険料に証券作成費用(20,000 ルピア相当)が加算されます。



PT. ASURANSI TOKIO MARINE INDONESIA

Head Office: Sentral Senayan 1, 3rd & 4th Floor
Jl. Asia Afrika No.8, Jakarta 10270, Indonesia
Phones: (021) 572-5772
Fax: (021) 572-4005 / 6

<保険の対象とならない主なケガ・病気>

- ①保険加入者の故意
- ②被保険者の自殺行為、犯罪行為または闘争行為
- ③無免許運転・飲酒運転
- ④戦争、外国の武力行使、革命、政権奪取、内乱、武装反乱など
(詳細は、保険約款をご参照下さい。)

保険金請求方法：

傷害治療・疾病治療の場合の保険金請求に必要な書類は以下の通りです。

なお、治療費は一旦立替払いをして頂き、ご帰国後インドネシアでご請求していただくこととなります。

- ①保険金請求書(添付別紙)
- ②治療費の領収書(オリジナル)
- ③保険証券のコピー(証券番号記載のページ)
- ④医者の診断書

(注)* 治療費が3,000,000 ルピア相当未満の場合は、原則として診断書に代えて“①保険金請求書”に症状をご記入いただくことで結構です。

* 医師の指示によりクリニック以外の薬局で薬を購入された場合は、医師の購入指示書も添付してください。

* 医者の診断書が有料の場合は、当該診断書料はお客様の負担となりますので予めご了承願います。

保険のお申込み方法：

7. 添付申込書に必要事項をご記入・サインのうえ弊社宛送付(あるいは Fax.)をお願い致します。なお、何かご不明な点・ご質問等ございましたら、何なりと弊社までご照会願います。



弊社担当者 : ハナ
Tel : (021) 572-5772 (内線: 1111)
Fax : (021) 572-4005

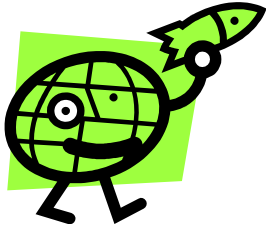


PT. ASURANSI TOKIO MARINE INDONESIA

Head Office: Sentral Senayan 1, 3rd & 4th Floor
Jl. Asia Afrika No.8, Jakarta 10270, Indonesia
Phones: (021) 572-5772
Fax: (021) 572-4005 / 6

20 年 月 日

To :東京海上インドネシア保険株式会社
FAX :572-4005



海外旅行傷害保険申込書

[Application of Overseas Travel Accident Insurance]

1. 申込者名(Applicant) : _____
2. 会社名 (Company) : _____
3. 住所 (Address) : _____
4. Tel/Fax : _____
5. 保険加入者名(Sum Insured)/性別(Sex)/年齢(Age)
 - ① _____ / _____ / _____
 - ② _____ / _____ / _____
 - ③ _____ / _____ / _____

6. ご契約タイプ (○をつけてください)

保険内容	①	②	③
	A B C	A B C	A B C

7. 保険期間(Period): _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日
8. 渡航先(Destination of Country): _____
9. 保険金受取人(Beneficiary) : _____ (続柄)

Applicant's Signature(サイン)