

출국후 무사고 확인서

1. 보험가입 관련사항

보험 신청 일시	20 , ,	계 약 신 청 자	관계 :
가 입 기 간	From 20 , , ~ To 20 , , () Months () Days		
현 재 체 류 지		국 적	
여 행 국 가 명		여 행 도 시 명	
출 국 일		귀 국 예 정 일	
가 입 상 품	의료비보상기준 US\$	보 험 료 (US\$)	부담가능액표시 US\$

2. 피보험자 관련 인적사항 (Insured)

성 명		영 문 성 명	
생 년 월 일		본 인 휴 대 폰	
E-mail	@	기 타 (비상) 연 락 망	관계 :
직 업		체 류 목 적	
주 소			
(부) 성 명	미성년자의 경우 부모님 성함 기재 필수입니다.	(모) 성 명	미성년자의 경우 부모님 성함 기재 필수입니다.
(부) 휴 대 폰		(모) 휴 대 폰	
수신(희망)가능 연락처	(1) 본인□ (2) 부□ (3) 모□ (4) 기타□	통화(희망)가능 한국시간	

3. 피보험자 질문사항 및 고지사항

최근 5년 이내에 수술을 받거나 약을 복용중인 질병이 있으십니까?	<input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예 병명 :
최근 3개월 이내에 의사로부터 진찰 또는 검진을 받은 사실이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예 병명 :
귀하는 영주권 및 기타 국적을 취득 하였습니까?	(1) <input type="checkbox"/> 영주권 (2) <input type="checkbox"/> 시민권 (3) <input type="checkbox"/> 이중국적 (4) <input type="checkbox"/> 없음 (5) <input type="checkbox"/> 기타

4. 결제방법

위엔화 무통장입금 원화 무통장입금 카드결제

입금자명 :		입금예정일	
카드사 :	카드번호 :	유효기간 :	cvc:

출국후 여행자(장기체류)보험 가입을 요청함에 있어, '가입요청시점 이전'에 어떠한 '보험사고'가 없었으므로 아래 내용의 확인서를 제출 합니다.

- 아 래 -

1. 위 작성 내용이 사실이며, 만약 상기 내용이 허위로 작성되어 관련사고 시 보상이 제외 될 수 있음을 확인합니다.
2. 보험개시 이전 인수심의 기간에 발생하는 보험사고에도 보상이 제외 됨을 확인합니다.
3. 보험개시 이전 발생한 사고가 있어 귀사와 보상여부의 법적 다툼이 있을 경우, 민·형사상의 모든 책임이 상기인 혹은 대리신청인에게 있음을 확인합니다.
4. 본 보험가입 상품의 약관 주요내용을 설명듣고, 약관을 전달받았음을 확인 합니다.

작성자 가입자본인(대리인) : (인)

(주)여행자보험 *mall*