

運転者制限変更届

Notification for Change of Driving Restrictions

届け出はこちらへ:
Tel: 0370 010 8111 Fax 0870 010 8112 Email: ichiban@cosmos-rs.co.uk

Policyholder 契約者名 :
Policy Number 保険契約番号:
Registration Number ナンバープレート番号:

Please change the driving restriction as below. 運転者制限を下記の通り変更して下さい。

- Permanent Addition from: 上記契約に _____ date/ _____ month/ _____ year から追加してください。
- Temporary Addition for: 短期間上記契約に追加してください。(30日間まで可)
from: _____ date/ _____ month/ _____ year から to: _____ date/ _____ month/ _____ year
- Deletion of Additional Driver: 上記契約から削除してください。(運転者の名前以外の詳細不要)
from: _____ date/ _____ month/ _____ year から

運転者の詳細 Additional Driver Details

	Driver 運転者①	Driver 運転者②
Full Name: 名前(ローマ字):		
Gender: 性別	<input type="checkbox"/> Male 男性 <input type="checkbox"/> Female 女性	<input type="checkbox"/> Male 男性 <input type="checkbox"/> Female 女性
D.O.B. 生年月日(日/月/年):		
Occupation 職業:		
Relationship to Policyholder 契約者との ご関係:		
License Type 免許証タイプ:	Japanese Full / British Full / International 日本本免許 / 英国本免許 / 国際免許 / EU Full / Provisional Japanese Full / 国際免許 / EU免許 / 仮免許	Japanese Full / British Full 日本本免許 / 英国本免許 / International / EU Full / Provisional / 国際免許 / EU免許 / 仮免許
Year Japanese License Obtained 日本の本免許取得年:	日/ 月/ /年	日/ 月/ /年
Year Other License Obtained 英国本免許取得年:	日/ 月/ /年	日/ 月/ /年
If UK Resident, do you have a motor policy of your own? UKレジデントの場 合、個人名義の自動車保険契約の有無	<input type="checkbox"/> Yes 有 <input type="checkbox"/> No 無	<input type="checkbox"/> Yes 有 <input type="checkbox"/> No 無
Do you have any physical infirmity or illness which may affect your driving ability? 運転に影響を及ぼす可能性がある 身体障害及び疾病の詳細	<input type="checkbox"/> Yes 有 <input type="checkbox"/> No 無 If answered Yes, give details	<input type="checkbox"/> Yes 有 <input type="checkbox"/> No 無 If answered Yes, give details
Do you have any motoring offence in the last 5 years? 過去5年の交通違反詳細 (駐車違反を除く/違反日、違反の種類、罰 金、減点数)	<input type="checkbox"/> Yes 有 <input type="checkbox"/> No 無 If answered Yes, give details	<input type="checkbox"/> Yes 有 <input type="checkbox"/> No 無 If answered Yes, give details
Do you have any motor insurance claim in the last 5 years? 過去5年の自動車保 険クレーム詳細(事故日、詳細、支払い金 額)	<input type="checkbox"/> Yes 有 <input type="checkbox"/> No 無 If answered Yes, give details	<input type="checkbox"/> Yes 有 <input type="checkbox"/> No 無 If answered Yes, give details

Signed by the Policyholder

Dated