

PARTICIPANT INFORMATION / 参加者情報

1	PARTICIPANT'S NAME 参加者名	DATE 日付	DD / MM / YYYY
	JOINT PARTICIPANT'S NAME 共同参加者名	PLAN/POLICY NUMBER プラン/ポリシー番号	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>

INDIVIDUAL / ENTITY / 個人/法人・団体

2	THIS QUESTIONNAIRE IS BEING COMPLETED FOR ^{1,2} : / アンケート記入者 ^{1,2} :		
	<div><input type="checkbox"/> PARTICIPANT (First, Joint or Other Participant) 参加者(第一、共同、または他の参加者)</div> <div>PARTICIPANT'S NAME / 参加者名</div>		
	<div><input type="checkbox"/> PAYOR (if other than the Participant(s)) 支払人(参加者ではない場合のみ)</div> <div>PAYOR'S NAME / 支払人名</div> <div>PAYOR'S RELATIONSHIP TO PARTICIPANT(S) / 支払人の、参加者との関係</div>		
	IF THE FORM IS FOR A LEGAL ENTITY, PLEASE COMPLETE THE INFORMATION OF THE AUTHORIZED SIGNATORY: 本フォームへ法人について記載する場合は、以下へ署名権限責任者情報をご記入ください。		
	AUTHORIZED SIGNATORY'S NAME / 署名権限者氏名	AUTHORIZED SIGNATORY'S RELATIONSHIP TO ENTITY ³ / 署名権限者の、法人との関係 ³	
<div><div>1. Please note that the Company requires one Source of Fund Questionnaire per Participant and one for each Payor, if other than Participant(s). Therefore, additional forms should be submitted for each person when applicable.</div><div>2. A new questionnaire will be required for new Policies, rider additions or excess premiums.</div><div>3. Indicate the position of the company official or employee in the entity.</div><div>1. 全ての参加者及び支払人(参加者以外の場合)は資金源アンケートの記入が必要です。各該当者は、追加用紙にて資金源アンケートを提出してください。</div><div>2. 新規ポリシー、ライダーの追加、又は超過抛出の都度で提出ください。</div><div>3. 職員又は従業員の、法人での役職をご記入ください。</div></div>			

QUESTIONNAIRE FOR INDIVIDUAL / アンケート(個人)

3	A)	EMPLOYMENT INFORMATION / 雇用/勤務先情報			
		<div><input type="checkbox"/> SELF-EMPLOYED (I work individually) 自営業(個人事業)</div> <div>BUSINESS ADDRESS / 勤務先住所</div> <div>ADDRESS / 住所</div> <div><div>CITY / 市区町村</div><div>STATE / PROVINCE / 都道府県</div><div>ZIP CODE / 郵便番号</div><div>COUNTRY / 国</div></div> <div>WEBSITE ADDRESS / ウェブサイト</div>			
		<div><input type="checkbox"/> SELF-EMPLOYED (I own/work in my own company) 自営業(自身の会社を所有または自身の会社での就業)</div> <div>COMPANY NAME / 会社名</div> <div><div>DATE OF INCORPORATION / 会社設立日</div><div>COUNTRY OF INCORPORATION / 登記国</div><div>REGISTRATION NUMBER / 登録番号</div><div>LICENSE/PERMIT NUMBER ¹ / 免許/許可番号 ⁴</div></div> <div>BUSINESS ADDRESS / 勤務先住所</div> <div>ADDRESS / 住所</div> <div><div>CITY / 市区町村</div><div>STATE / PROVINCE / 都道府県</div><div>ZIP CODE / 郵便番号</div><div>COUNTRY / 国</div></div> <div>WEBSITE ADDRESS / ウェブサイト</div>			
		<div><input type="checkbox"/> FULL OR PART TIME EMPLOYED (I am a dependent worker, a director or an independent director of a company) 被雇用者(フルタイムもしくはパートタイムでの従属型従業員、もしくは会社の取締役や社外取締役として就業)</div> <div>EMPLOYER'S NAME / 雇用者名</div> <div>BUSINESS ADDRESS / 勤務先住所</div> <div>ADDRESS / 住所</div> <div><div>CITY / 市区町村</div><div>STATE / PROVINCE / 都道府県</div><div>ZIP CODE / 郵便番号</div><div>COUNTRY / 国</div></div> <div>WEBSITE ADDRESS / ウェブサイト</div>			

QUESTIONNAIRE FOR INDIVIDUAL (continued) / アンケート(個人)(つづき)

3

A)

NOT WORKING
無職

Please specify:
内容をご記載ください:

OTHER
その他

Please specify:
内容をご記載ください:

4. If the entity has been granted a license or permit by a regulatory body, authority or industry chamber, please indicate the registration/license/permit number.

4. 法人/団体が規制機関・当局、または業界の協議会によってライセンスまたは許可を付与されている場合は、登録/ライセンス/許可番号をご記載ください。

B)

OCCUPATION / ACTIVITY / 職業 / 事業活動

INDUSTRY / 業種(業界)

POSITION / 役職

OCCUPATION DETAILS⁵ / 職業詳細⁵

5. "Occupation Details" is a mandatory field, failure the complete correctly will result in the rejection of this form by ITA. If you indicated above that you work as a full or part time employee, please specify the details of your role (e.g.: northern regional sales manager, IT administrator for the central branch or independent director of company XYZ Corp.). If you indicated above that you are self-employed and work individually, please specify your economic activity (e.g.: lawyer, doctor, journalist, accountant, part-time professor, actor, baker, caregiver, etc.); and if you are a licensed professional (e.g.: lawyer, doctor, auditor, accountant, etc.), please indicate your registration/license number.

5. 「職業詳細」欄は記載必須であり、正しくご記載いただかない場合、本フォームはITAによってキャンセルとなります。上記に被雇用者として就業と記載した場合、役割・任務の詳細について説明を記載してください。(例:「北部地域の販売マネージャー」、「中央支店のIT管理者」または「会社XYZ Corp.の社外取締役」等)。
上記に自営業（個人事業）であると記載した場合、経済活動について説明を記載してください(例:弁護士、医師、ジャーナリスト、会計士、非常勤講師、俳優、パン職人、介護士 等)。また、免許を持つ専門家(例:弁護士、医師、会計監査人、会計士 等)である場合、登録番号もしくは免許番号を記載してください。

C)

SERVICE IN YOUR CURRENT EMPLOYMENT SINCE THE DATE⁶: / 現雇用先での雇用開始日⁶:

DD / MM / YYYY

6. Please indicate the start date of your current employment.

6. 現雇用の開始日をご記入ください。

D)

CURRENT INCOME / 現在の所得

Select currency /通貨

USD \$ /米ドル

EUR € /ユーロ

GBP £ /英ポンド

Enter annual income amount /年収金額

E)

SOURCE OF WEALTH OF THIS INVESTMENT / 本投資の財産源泉
I do hereby declare that my source of wealth is: / 私はここに、私の財産源泉が以下であることを宣言します。

CURRENT INCOME (WORK, OTHER) / COMPENSATION PAYMENT
現在の所得(就労、その他)

ASSET SALE (COMPANY, PROPERTY, SHARES, ETC.)
資産売却(会社、不動産、株式 等)

INHERITANCE
相続

OTHER
その他

Please specify:
内容をご記載ください:

INVESTMENT / PORTFOLIO
投資/ポートフォリオ

WINNINGS
当せん金等

MATURING INVESTMENT / POLICY CLAIM
投資満期受取金 / 受取保険金

GIFT
贈与

AMOUNT (complete only if other than CURRENT INCOME) / 金額 (現在の所得以外の場合ご記入ください)

Select currency /通貨

USD \$ /米ドル

EUR € /ユーロ

GBP £ /英ポンド

Enter amount /金額

Please provide details: (Example: description of the investment portfolio, property or asset sold, date funds were received, etc.)
詳細をご記入ください。(例:収益源泉の投資ポートフォリオ、売却した不動産や資産の内容、資金受取日等)

QUESTIONNAIRE FOR INDIVIDUAL (continued) / アンケート(個人)(つづき)

3

F)

BANK INFORMATION / 銀行情報

NAME OF BANK / 銀行名

ACCOUNT NUMBER / 口座番号

DATE OPENED / 開設日
DD / MM / YYYY

BANK'S ADDRESS / 銀行の住所

ADDRESS / 住所

CITY / 市区町村

STATE / PROVINCE / 都道府県

ZIP CODE / 郵便番号

COUNTRY / 国

7. Please provide details of the bank account or financial institution account (if other than a bank) to be used to transfer the payment to the Plan/Policy.

7. プラン/ポリシーへの支払の送金に利用される、銀行口座詳細、もしくは(銀行以外の場合)金融機関口座の詳細をご提供ください。

G)

PURPOSE OF THIS INVESTMENT / 本投資の目的

☐ PROTECTION PLANNING
資産保全計画

☐ CHILDREN'S EDUCATION PLANNING
学資計画

☐ WEALTH ACCUMULATION
資産形成

☐ RETIREMENT PLANNING
老後資金計画

☐ TARGET SAVINGS PLANNING
目標に向けた貯蓄計画

☐ OTHER
その他

Please specify:
内容をご記載ください:

Additional supporting information may be requested by the Company based on the information provided in this form and the information in the Company's records; at the Company's sole discretion.

会社の判断により、本アンケートの内容及び会社の保有する情報に基づき、追加情報のご提出をご依頼することがあります。

QUESTIONNAIRE FOR LEGAL ENTITIES / アンケート(法人)

4	A)	ENTITY INFORMATION / 法人・団体情報 DATE OF INCORPORATION / 会社設立日 <div></div> <div>DD / MM / YYYY</div> COUNTRY OF INCORPORATION / 登記国REGISTRATION NUMBER / 登録番号LICENSE/PERMIT NUMBER ⁸ / 免許/許可番号 ⁸
	BUSINESS ADDRESS / 会社住所 ADDRESS / 住所	
	CITY / 市区町村STATE / PROVINCE / 都道府県ZIP CODE / 郵便番号COUNTRY / 国	
	WEBSITE ADDRESS / ウェブサイト	
	<div>8. If the entity has been granted a license or permit by a regulatory body, authority or industry chamber, please indicate the registration/license/permit number. 8. 法人/団体が規制機関・当局、または業界の協議会によってライセンスまたは許可を付与されている場合は、登録/ライセンス/許可番号をご記載ください。</div>	
	B)	ACTIVITY / 事業活動 INDUSTRY / 業種(業界) <div>NATURE OF BUSINESS DETAILS⁹/ 業務内容の詳細⁹ <div></div><div>9. Please provide details of the activity conducted by the entity, if the entity is a passive entity like a holding company, please explain the objective of the entity. 9. 法人/団体が行う事業活動の詳細をご記載ください。法人/団体が持ち株会社といったパッシブ会社である場合、その会社の目的について説明をご記載ください。</div></div>
C)	NET ANNUAL INCOME / 年間純利益 Select currency / 通貨Enter annual income amount / 年間収入金額 <div><div><input type="checkbox"/>USD \$ /米ドル<input type="checkbox"/>EUR € /ユーロ<input type="checkbox"/>GBP £ /英ポンド</div><div><div><div></div><div></div><div></div></div><div>,</div><div><div></div><div></div><div></div></div><div>,</div><div><div></div><div></div><div></div></div><div>.</div><div><div></div><div></div></div></div></div>	

