

児童の個人賠償に関わる賠償責任保険加入依頼書

施設名	(フリガナ)	法人名	(フリガナ)	連絡先	加入依頼書は保険契約申込書の一部を成します。 また、本加入依頼書は被保険者名簿とみなします。
				ご担当者名 ()	加入依頼日: 平成 年 月 日
施設住所	(〒 -)	代表者名	私は、「ご加入に際して」を確認し、契約者である企業・団体に対して加入を依頼します。	TEL (- -)	保険始期日: 平成 29年 10月 1日 (※団体契約の始期日を記載しています。)
			<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin: 0 auto;"></div> 施設長印(法人代表者印)をご捺印下さい。	FAX (- -)	補償開始日: 平成 年 月 1日 (※中途加入の場合、ご記入ください。)
				施設定員 (名)	保険満期日: 平成 30年 10月 1日

【加入手続き】

①上表の施設名、施設住所等の必要事項をご記入ください。

②裏面の加入者名簿に対象者全員をご記入ください。
(対象者が30名を超える場合は、本加入依頼書をコピーしてご使用ください。)

③「保険料計算シート」をご記入ください。

(※)他の保険契約等(この保険契約の全部または一部に対して支払責任が同じである保険契約または共済契約をいいます。)がある場合には○をし、「告知事項申告書」に詳細をご記入ください。

【保険料計算シート】

1名あたりの保険料		円
	×	
被保険者数		名
	=	
合計保険料		円

【ご加入に際して】

私と被保険者全員は、以下の事項について確認・同意のうえ、加入を依頼します。

- ①私が契約者である企業または団体の構成員であること
- ②重要事項説明書の内容
- ③重要事項説明書添付の「ご加入内容確認事項」の内容
- ④下記の「個人情報の取扱いに関するご案内」の内容

他の保険契約等(※)

【告知事項申告書】

※具体的なお契約内容をご記入ください

NO.	被保険者名	保険会社・共済会社	保険種類	満期日 (補償の満了する日)	保険金額・支払限度額 (ご契約金額)(万円)

(※)他の保険契約等とは、ご加入の保険契約の全部または一部に対して支払責任が同じである他の保険契約または共済契約をいいます。

個人情報の取扱いに関するご案内

保険契約者である企業または団体は引受保険会社に本契約に関する個人情報を提供いたします。引受保険会社および引受保険会社のグループ各社は、本契約に関する個人情報を、保険引受の判断、本契約の管理・履行、付帯サービスの提供、他の保険・金融商品サービスの案内・提供、アンケート等を行うために利用する他、下記①から⑤の利用・提供を行うことがあります。なお、保健医療等の特別な非公開情報(センシティブ情報)の利用目的は、保険業法施行規則により、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定されています。

- ①本契約に関する個人情報の利用目的の達成に必要な範囲内で、業務委託先(保険代理店を含みます。)、保険仲立人、医療機関、保険金の請求・支払いに関する関係先、金融機関等に対して提供すること
- ②契約締結、保険金支払い等の判断をするうえでの参考とするために、他の保険会社、一般社団法人日本損害保険協会等と共同して利用すること
- ③引受保険会社と引受保険会社のグループ各社または引受保険会社の提携先企業等との間で商品・サービス等の提供・案内のために、共同して利用すること
- ④再保険契約の締結、更新・管理、再保険金支払等に利用するために、再保険引受会社等に提供すること
- ⑤質権、抵当権等の担保権者における担保権の設定等に係る事務手続きや担保権の管理・行使のために、その担保権者に提供すること

詳しくは、東京海上日動火災保険株式会社のホームページ (<http://www.tokiomarine-nichido.co.jp/>)および各引受保険会社のホームページをご参照ください。

【被保険者名簿】

(※2)被保険者の住所が同一の場合は「同上」で構いません。

(東社協処理欄)

加入者
番号

NO.	被保険者氏名	生年月日	年齢	職種級別※1	☆職業・職務※1	住宅の所在地(※2)	★他の保険契約等(※3)	入所開始日
例	保険 太郎	平成15年 5月 10日	14	A	児童	(〒162-8953)東京都新宿区神楽河岸1-1	あり	平成24年 4月 1日
1		年 月 日		A	児童	(〒 -)	あり	年 月 日
2		年 月 日		A	児童	(〒 -)	あり	年 月 日
3		年 月 日		A	児童	(〒 -)	あり	年 月 日
4		年 月 日		A	児童	(〒 -)	あり	年 月 日
5		年 月 日		A	児童	(〒 -)	あり	年 月 日
6		年 月 日		A	児童	(〒 -)	あり	年 月 日
7		年 月 日		A	児童	(〒 -)	あり	年 月 日
8		年 月 日		A	児童	(〒 -)	あり	年 月 日
9		年 月 日		A	児童	(〒 -)	あり	年 月 日
10		年 月 日		A	児童	(〒 -)	あり	年 月 日
11		年 月 日		A	児童	(〒 -)	あり	年 月 日
12		年 月 日		A	児童	(〒 -)	あり	年 月 日
13		年 月 日		A	児童	(〒 -)	あり	年 月 日
14		年 月 日		A	児童	(〒 -)	あり	年 月 日
15		年 月 日		A	児童	(〒 -)	あり	年 月 日
16		年 月 日		A	児童	(〒 -)	あり	年 月 日
17		年 月 日		A	児童	(〒 -)	あり	年 月 日
18		年 月 日		A	児童	(〒 -)	あり	年 月 日
19		年 月 日		A	児童	(〒 -)	あり	年 月 日
20		年 月 日		A	児童	(〒 -)	あり	年 月 日
21		年 月 日		A	児童	(〒 -)	あり	年 月 日
22		年 月 日		A	児童	(〒 -)	あり	年 月 日
23		年 月 日		A	児童	(〒 -)	あり	年 月 日
24		年 月 日		A	児童	(〒 -)	あり	年 月 日
25		年 月 日		A	児童	(〒 -)	あり	年 月 日
26		年 月 日		A	児童	(〒 -)	あり	年 月 日
27		年 月 日		A	児童	(〒 -)	あり	年 月 日
28		年 月 日		A	児童	(〒 -)	あり	年 月 日
29		年 月 日		A	児童	(〒 -)	あり	年 月 日
30		年 月 日		A	児童	(〒 -)	あり	年 月 日

※1 他の職種級別・職業(職務)の方は代理店にお問い合わせください。★または☆が付された事項はご加入に関する重要な事項(告知事項)です。これらについてお答えいただいた内容が事実と異なる場合や事実をお答えいただかない場合はご加入を解除し、保険金をお支払いできないことがありますので、ご注意ください。加入依頼書に☆が付された事項(通知事項)に内容の変更が生じた場合には、遅滞なく取扱代理店または引受保険会社にご連絡ください。ご連絡がない場合は、保険金が削減されることがありますので、ご注意ください。

※3 他の保険契約等(この保険契約の全部または一部に対して支払責任が同じである保険契約または共済契約を言います。)が“あり”の場合は表面【告知事項申告書】に記載ください。