

あいおいニッセイ同和損保

000 AAA 020 994

R151 03 42 SL 354 ⑤

代表証券番号

公務員賠償責任保険加入申込票 兼 被保険者明細書

*印の項目は、ご契約に際して引受保険会社がおたずねする特に重要な事項(告知事項)です。
事実と相違する場合は、ご契約を解除し、保険金をお支払いできないことがありますので十分にご確認のうえご回答(記入)ください。

私(申込人)は、自分が所属する企業または団体に対して、当該企業または団体が引受保険会社(共同保険契約の場合は共同保険会社を含みます。以下同様とします。)と締結する団体保険契約への加入を、以下のとおり依頼いたします。以下加入申込票に記載のない加入条件(適用範囲、特約、保険期間等)は、保険金支払額、被保険者登録料、保険料等に記載されたものと同一とし、被保険者は、団体保険契約に関する情報を引受保険会社に提供することに同意します。また、私および被保険者は引受保険会社に提供された情報が、適切な保険の引受け、万が一保険事故が発生した場合の対応等に影響する場合、被保険者の権利を侵害するサービスの提供のほか、保険制度の健全な運営、再保険契約に伴う手続き等を含みます。)。および提携先への商品・サービスの提案・提供等に利用(引受保険会社は、あいおいニッセイ同和損害保険株式会社となります。なお、詳細は弊社ホームページhttps://www.aloinissaydowa.co.jp/をご参照ください。)

下記のいずれかに○をしてください。

- (1) 新規加入
(2) 変更
(3) 繙続加入
(4) 繙続しない

| | | | | |
|--------------|--|-----------------------------|---|---|
| 申込人 (加入者) | 加入申込日 | 010 令和 R 年 月 日 | 011 電話番号 | — |
| | 012 郵便番号 | 317 カナ | | |
| | 住所 | — 399 漢字 | | |
| | | 307 カナ | | |
| | 氏名 【ご加入内容確認事項】 について確認するとともに、個人情報の取扱いに同意のうえ加入を申し込みます。 | フルネームでご署名ください。 漢字 341 | | |
| 018 所属名 カナ | 019 所属コード | 017 職員番号 | 980 生年月日 (天正)T (昭和)S (平成)H (令和)R 年 月 日 | |

<ご記入にあたって>

1. 被保険者住所が申込人(加入者)の住所と同じ場合、「申込人住所と同じ」に○印をしてください。

| |
|-----------|
| 098 加入者番号 |
|-----------|

| |
|--------------|
| 105 加入者識別コード |
|--------------|

| |
|--------------|
| 099 前契約加入者番号 |
|--------------|

| 符号 390 | 被 保 险 者 欄 | | | 300 セット名 (3桁以内の英数字) 397 住民訴訟もしくは損害賠償が提起されるおそれ、また原因となる事由が (漢字)あることをご存じの場合は、その内容についてご記入ください。 | その他の項目(被保険者項目のみ記入可) 項目No. 内容 | | | | | | | | |
|---|-----------------------------------|--|----------------------|---|---------------------------------|--------------------------------------|---------------------|----------------|-----|--|--|----|----------|
| | 申込人 住所と 同じ 所 VBT 1 | 申込人住所と異なる場合は必ずご記入ください。 H41 カナ L68 漢字 | J04 カナ L67 漢字 | | | 323 ※生年月日 (天正)T (昭和)S (平成)H 年 月 日 | 302 性別 (男)1 (女)2 | | | | | | |
| 01 | | | | 331 加入者特記事項 カナ Y34 (あり) 1 | 備 考 | | | | | | | | |
| | | | | R50 合計保険料 (分割払の場合は1回分) 円 | | | | | | | | | |
| <p>※他の保険契約等 この保険契約で保険金のお支払対象となる損害を補償する他の保険契約等(共済契約を含みます)がありますか。「あり」の場合、必ず下欄にご記入ください。(ご記入のない場合、「なし」と回答したことになります。) (注)他の保険会社における契約を含みます。</p> <table border="1"> <tr> <td>会社名</td> <td>保険種類</td> <td>保険金額・ 支払限度額</td> <td>満期日</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>千円</td> <td>令和 年 月 日</td> </tr> </table> | | | | | | 会社名 | 保険種類 | 保険金額・ 支払限度額 | 満期日 | | | 千円 | 令和 年 月 日 |
| 会社名 | 保険種類 | 保険金額・ 支払限度額 | 満期日 | | | | | | | | | | |
| | | 千円 | 令和 年 月 日 | | | | | | | | | | |

新規加入 記入例

赤枠内の必要事項をご確認・ご記入のうえ、ご提出ください。
 ⇒ 加入申込日(A)、氏名(B)、職場名(C)、職員番号(D)、プラン(E)
 告知事項(F)、合計保険料(G)、連絡先(H)、住所(I)

| 公務員賠償責任保険加入申込票 兼 被保険者明細書 | | あいおいニッセイ同和損保 | |
|---|--|---|--|
| <small>※印の項目は、ご契約に際して引受保険会社がおたずねする特に重要な事項(告知事項)です。 事項と相違する場合は、ご契約を解除し、保険金を返支払いできないことがありますので十分にご確認のうえご回答(記入)ください。</small> | | <small>DNI センター送付</small> 000 AAA 025 004 RI51 03 <input checked="" type="checkbox"/> 42 SL 54 ⑤ 代表取扱番号 108 加入者番号 105 加入者識別コード | |
| A 記入日をご記入ください。 B 電話番号をご記入ください。 | | C 住所をご記入ください。 D カナ氏名をご記入のうえ、漢字フルネームでご署名ください。 | |
| E 職場名をカタカナでご記入ください。 F 職員番号をご記入ください。 | | G 氏名をご記入ください。 H ご加入を希望されるプラン名をご記入ください。 | |
| I 告知事項に該当する場合、ご記入ください。 | | J 告知事項に該当する場合、ご記入ください。 | |
| K パンフレットより、プランに応じた保険料を転記してください。 | | L 合計保険料(分割払の場合は1回分) | |
| <small>その他の方(被保険者項目のみ記入可) 項目No. 内容</small> | | | |
| <small>金和1年10月1日 誕始期契約に使用</small> | | | |