

社会貢献型後見人に関わる損害保険加入依頼書

氏名 (ご加入者・ ★記名被保険者)	印	申込日(加入依頼日) 平成 年 月 日
	私は【ご加入に際して】を確認し、東社協に対して加入を依頼します。 加入依頼書等および重要事項説明書により、加入内容が意向に沿ったものであることを確認しました。	保険始期 平成30年 8月 1日 午後4時
住所	〒 (-)	中途加入の場合の補償開始日※ 平成 年 月 日
		保険終期 平成31年 8月 1日 午後4時
連絡先	T e l (- -) F a x (- -)	後見人に選任された日(審判書発行日) 平成 年 月 日

※中途加入の場合、毎月20日までにお申込みいただいた方は、翌月の1日(午前0時)から補償開始となります。

1. 希望する補償に○印をつけ、該当する保険料をご記入ください。

保険の種類	希望補償	保険料*パンフレットご参照
基本補償 (賠償責任保険)	○	円
オプション補償1 (傷害保険)	○	円
オプション補償2 (受託賠)	J1 J2 J3	円
オプション補償3 (受託賠 (現金))	D1 D2 D3	円
合計		円

2. オプションの傷害保険にご加入の場合 裏面の「意向チェックシート」も必ず記載願います

生年月日	性別	職種級別 ※ ₁	☆職業・職務 ※ ₁	★他の保険契約等 ※ ₂
年 月 日	男 女	A	06 (社会貢献型後見人)	あり

※₁: 他の職種 (級別) の方は代理店にお問い合わせください。

※₂: 他の保険契約等 (この傷害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、裏面に詳細をご記入ください。

3. 所属証明 本保険に初めて加入される場合は所属されている推進機関(社会福祉協議会)に下記「所属証明」への記載、捺印を依頼の上、お申込みください。(昨年度から引き続き保険に加入される場合、下記所属証明は不要です)

上記者は後見活動メンバーとして登録され、後見人として活動することに相違ないことを証明します。		
平成 年 月 日	所属長氏名	印
推進機関名		

～ご加入に際して～ 私は、自分が都内社会福祉協議会等に登録している社会貢献型後見人であること、重要事項説明書の内容、裏面記載の「意向チェックシート」および下記記載の「個人情報の取扱いに関するご案内」の内容について確認のうえ、加入を依頼します。

★または☆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。

(基本補償の賠償責任保険の場合) ご加入後に☆が付された事項 (通知事項) に内容の変更が生じることが判明した場合は、すみやかに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。また、変更の内容によってご契約を解除することがあります。

(総合生活保険 (傷害補償) の場合) ☆が付された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消滅される場合がありますので、ご注意ください。

(受託者賠償責任保険の場合) ご加入後に☆が付された事項 (通知事項) に内容の変更が生じた場合は、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、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。

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・金融商品等の各種商品・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/>) および他の引受保険会社のホームページをご参照ください。

代理店(有)東京福祉企画は、保険契約締結の代理権を有しており、引受保険会社との委託契約に基づき、保険契約の締結、引受契約の管理業務をおこなっております。従いまして、東京福祉企画との間で締結され有効に成立した契約につきましては、保険会社と直接締結されたものとなります。

意向チェックシート

本チェックシートは、万一の事故の際に安心して保険をご利用いただけるよう、ご加入いただく保険商品がお客様のご意向に沿った内容であること等を確認させていただいたためのものです。以下の「ご確認事項」にチェック口のうえ、表面にご署名いただき、ご提出ください。

ご確認にあたりご不明な点等がございましたら、パンフレット等に記載のお問い合わせ先までご連絡ください。

①ご希望の補償分野 ②補償内容等の確認 ③当初のご意向との比較 ④ご加入内容の確認 の順にご確認ください。

	ご確認事項	回答欄
	今回おすすめする補償のうち、ご加入を希望されるもの（ご加入の意向）がありましたら、以下Aをお選びください。 ⇒ 以下にご加入を希望される補償がある場合、パンフレット・加入依頼書等の内容をご確認ください。	
①	A 就業中のケガにより、入院したり、亡くなったりした場合等の補償	<input type="checkbox"/> 総合生活保険（傷害補償）
	※本保険商品は、病気に関する補償や貯蓄を目的とした保険ではありません。上記以外の補償をご希望される場合等につきましては、パンフレット等に記載のお問い合わせ先までご連絡ください。	
②	パンフレット・加入依頼書等にてご案内しておりますご契約タイプ・補償内容などをご確認いただけましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
③	パンフレット・加入依頼書等をご確認いただき、今回ご加入いただく保険が、①におけるご希望（ご意向）を満たすことをご確認いただけましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
④	今回ご加入いただく保険は、以下の点でお客様のご意向に沿っていますか？ ・保険金をお支払いする主な場合・保険期間・保険の対象となる方・保険金額・保険料・保険料払込方法	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	「重要事項説明書」の内容についてご確認ください（特に●保険金をお支払いしない主な場合、●告知義務・通知義務等、●補償の重複に関するご注意*についてご確認ください。） *例えば、賠償責任を補償する特約をご契約される場合で、他に同種のご契約をされているとき等、補償範囲が重複することがあります。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	加入依頼書等の「他の保険契約等」欄は正しく告知いただいていますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	加入依頼書等の「職業・職務」「職種級別*」の内容は正しく記載されていますか？ *職種級別AまたはBに該当する職業例は下記のとおりです。 ○職種級別A：「事務従事者」「販売従事者」等、下記の職種級別Bに該当しない方 ○職種級別B：「自動車運転者」「建設作業員」「農林業作業員」「漁業作業員」「採鉱・採石作業員」「木・竹・草・つる製品製造作業員（以上6職種）」	<input type="checkbox"/> はいまたは対象外 <input type="checkbox"/> いいえ

他の保険契約等(※) オプション補償1(傷害保険)にご加入の方で該当がある場合はご記入ください。 具体的な内容をご記入ください。

(※)他の保険契約とは、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。

被保険者	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(万円) (ご契約金額)

★告知事項申告欄(基本補償、オプションの受託者賠償責任保険にご加入の場合)

★基本補償、オプションの受託者賠償責任保険	
1.本保険で補償の対象となる危険について、過去5年以内に損害賠償請求を受けたことがありますか。(過去に東京海上日動と締結した保険契約の申込み時において、すでに告知いただいたものを除きます。)	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
2.本保険で補償の対象となる危険について、将来損害賠償請求を受けるおそれのある事実がすでに発生していることを知っていますか。(過去に東京海上日動と締結した保険契約の申込み時において、すでに告知いただいたものをのぞきます。)	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
3.上記1.または2.のいずれかが「はい」の場合は、損害賠償請求およびその原因となる治汁について具体的な内容をご記入ください。	
4.他の保険契約または共済契約がありますか。	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
5.上記4が「はい」の場合はその具体的な内容をご記入ください。	
会社名:	保険等の種類:
満期日:	支払限度額: