

住所・連絡先の変更、および解約については、本変更依頼書でご連絡をお願い致します。

## 東京都社会福祉協議会 団体保険制度 契約内容変更依頼書

社会福祉法人 東京都社会福祉協議会 御中

### 1. 変更の対象となる制度

社会貢献型後見人に関わる損害保険

加入者番号

住所	(〒 - )		
氏名	(フリガナ)	連絡先	TEL: - - FAX: - -

### 2. 下記の通り、契約内容の変更を通知します。

変更事項	変更内容	
<input type="checkbox"/> 住所・連絡先変更 <input type="checkbox"/> 解約 <input type="checkbox"/> その他の変更	変更依頼日	年 月 日
	変更内容を具体的に記載してください。	

### 3. 解約等により保険料が返還となる場合は、以下口座記入欄に振込先口座をご記入ください。

金融機関	フリガナ	銀行 信金 農協 信託 信組 労金	フリガナ	本店 支店
口座種類	普通 当座	口座番号		
口座名義	フリガナ			

使代 用理 欄店	変更受付日	年 月 日	部店・担当店	公務1・東京公務課(1333)	受付印
			取扱代理店	東京福祉企画(0529)	

#### <変更手続き方法>

- 「契約内容変更依頼書」に必要事項を記入・押印ください。
- オプションの総合生活保険(傷害補償)にご加入の場合、添付の「意向チェックシート」も必ず記載願います。
- 上記1を下記載の取扱代理店までご送付ください。オプションの総合生活保険(傷害補償)にご加入の場合は2も併せてご送付ください。

<ご送付先> 有限会社 東京福祉企画 Tel: 03-3268-0910

〒162-0825 東京都新宿区神楽坂1-2 研究社英語センタービル3階

# オプション補償1(総合生活保険(傷害補償))にご加入の場合

## 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」にチェックのうえ、【お客様(記入された方)ご署名欄】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
①	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。 ⇒ <b>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。</b>	<input type="checkbox"/> 総合生活保険(傷害補償)
	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  ※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いただけましたか? (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?  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 <input type="checkbox"/> いいえ  <input type="checkbox"/> はい または対象外 <input type="checkbox"/> いいえ

生年月日	性別	☆職業・職務コード※1	☆職種級別※1
年 月 日	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女		

※1 職業・職務が社会貢献型後見人の場合、コード:06、職種級別:Aとなります。

### ★他の保険契約等(※) オプション補償1(総合生活保険(傷害補償))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)

# オプション補償2(受託者賠償責任保険)にご加入の場合

### ★告知事項申告欄(オプションの受託者賠償責任保険にご加入の場合)

以下の「告知事項申告欄」にチェックのうえ、【お客様(記入された方)ご署名欄】にご署名いただき、ご提出ください。

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="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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事実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="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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:

お客様(記入された方)ご署名欄	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。	年 月 日
	ご署名	印