

介護事業者版

社会福祉法人 東京都社会福祉協議会 御中

介護事業者・社会福祉施設損害保険 加入依頼書

【ご加入に際して】 以下事項について確認同意のうえ、加入を依頼します。
①私が保険契約者である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(傷害保険のみ)
④重要事項説明書添付の「個人情報取扱いに関するご案内」の内容

加入依頼書は保険契約申込書の一部を成します。裏面の「告知事項の申告書」にもご記入いただきご提出ください。

ご加入者 (事業者住所) (施設名) 法人名・団体名 (フリガナ) 代表者名 (フリガナ) 施設長印(法人代表者印)をご捺印ください。 連絡先(ご担当者名) TEL FAX 事業所(施設)床面積 従業員数 定員 年間売上高(見込み) 加入依頼日 中途加入補償開始日

↓1~22の該当する事業に●印を付けてください。☆

Table with 12 columns: ①事業者賠償責任保険, ②借用不動産賠償責任保険, ③事業者医療事故賠償責任保険, ④従事者向け傷害保険, ⑤従事者向け感染症補償保険, ⑥施設・サービス利用者向け傷害保険, ⑦-1 サービス利用者傷害見舞保険I, ⑦-2 サービス利用者傷害見舞保険II, ⑧送迎中自動車傷害保険, ⑨事業者現金等総合保険・身元信用保険. Includes rows for various services like home care, nursing, and insurance costs.

Table with 4 columns: 加入事業者名(施設名)〈☆記名被保険者〉, 事業種別番号, 加入事業者名(施設名)〈☆記名被保険者〉, 事業種別番号. Includes a section for '東社協処理欄' with fields for month and day.

★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。
(医師賠償責任保険、受託者賠償責任保険)
☆が付された事項(告知事項)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。
(介護サービス事業者賠償責任保険、レジャー・サービス施設費用保険・約定履行費用保険)
ご加入後に加入依頼書に☆が付された事項(告知事項)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。

Table with 2 columns: 総合計保険料(一時払), 保険料払込予定日. Values include 円 and 年 月 日.

*本保険は東京都社会福祉協議会を契約者とする団体契約です。(2019年8月作成 19-TC02321)

介護事業者・社会福祉施設損害保険 加入依頼書

【ご加入に際して】 以下事項について確認・同意のうえ、加入を依頼します。

- ①私が保険契約者である団体の構成員であること
②重要事項説明書添付の「ご加入内容確認事項」の内容(傷害保険のみ)
③重要事項説明書添付の「個人情報の取扱いに関するご案内」の内容
④重要事項説明書添付の「個人情報の取扱いに関するご案内」の内容

加入裏面

記入例

す。
だきご提出ください。

Header information form including: 事業者住所 (東京都新宿区神楽河岸 1-1), 法人名・団体名 (社会福祉法人 幸福会), 代表者名 (理事長 山田 太郎), 連絡先 (田中), 事業所(施設)床面積 (800 m²), 従業員数 (15 人), 定員 (35 人), 年間売上高 (3,000 万円), 加入依頼日 (令和元年9月1日), 中途加入補償開始日 (令和 年 月 日 午前0時).

↓1~22の該当する事業に●印を付けてください。☆ 現金等と身元信用はセットでご加入ください。

Main table with 22 rows of services and 10 columns of insurance types. Includes checkboxes for selection and numerical input for amounts and user counts.

主な職務内容が以下に該当する方がいらっしゃる場合は、代理店までお問い合わせください。
農林業作業、漁業作業、採鉱・採石作業、自動車運転者(助手を含む)※、木・竹・草・つる製品製造業者、建設業者等
※専ら運転に従事する方が対象となります。訪問先などへの移動手段として自動車を運転する方は除きます。

Cコースにご加入の場合は、入所者の職業・職務、職種級別をご記入ください。

Summary table for insurance costs. Total premium: 579,350円. Monthly premium: 47,446円. Includes a note about rounding up to 10円 units.

Bottom form section for registration details: 加入事業者名(施設名) (特別養護老人ホームしあわせ), 事業種別番号 (2, 5, 7, 17), 加入事業者名(施設) (地域包括支援センターしあわせ).

★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。
(医師賠償責任保険)
☆が付された事項(告知事項)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。
(介護サービス事業者賠償責任保険、レジャー・サービス施設費用保険・約定履行費用保険)
☆が付された事項(告知事項)に内容の変更が生じた場合には、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加入を解除することがあります。
(動産総合保険)
ご加入後に加入依頼書に☆が付された事項(告知事項)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通知いただく義務があります。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。

Summary of total costs: 総合計保険料 (一時払) 1,329,990円. 保険料払込予定日 年 月 日. 東社協処理欄 月 日.

*本保険は東京都社会福祉協議会を契約者とする団体契約です。(2019年8月作成 19-TC02321)

告知事項の申告書

ご加入の保険につきご記入ください。

①事業者賠償責任保険 ②借用不動産賠償責任 ③事業者医療事故賠償責任保険 ⑤サービス従事者向け感染症補償保険 ⑦-IおよびII A、Bサービス利用者傷害見舞金保険 (レジャー・サービス施設費用保険、約定履行費用保険) ⑨事業者現金等総合保険・身元信用保険 にご加入の方は以下告知事項の記入をお願いします。

★賠償責任保険(上記①②③の保険)		☆レジャー・サービス施設費用保険 約定履行費用保険 (上記⑤、⑦-1,2A・B)		★動産総合保険(上記⑨の保険)		★身元信用保険(上記⑨の保険)		
1.本契約で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時において、すでに告知いただいたものを除きます。)	はい いいえ	1.過去において同種の保険の引受けを拒否された事がありますか。	はい いいえ	1.過去において同種の保険契約等の引受けを拒絶されたことがありますか。	はい いいえ	1.過去において同種の保険契約等の引受けを拒絶されたことがありますか。	はい 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時において、すでに告知いただいたものを除きます。)	はい いいえ	2.過去1年間以内に同種の保険の保険金請求または受領したことがありますか。	はい いいえ	2.過去3年以内に同種の保険契約等の保険金・共済金(10万円以上)を請求または受領したことはありますか。	はい いいえ	2.過去3年以内に同種の保険契約等の保険金を請求または受領したことがありますか。	はい 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の具体的な内容をご記入ください。		3.上記1.2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 回数 合計額		3.上記2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 回数 合計額		3.同一被保証人にかかる他の同種の保険契約等の有無	あり なし	
他の保険契約または共済契約の有無		レジャー・サービス施設費用保険・約定履行費用保険について他の保険契約または共済契約の有無		他の同種の保険契約等の有無		4.前年度契約の有無 「あり」の場合は下記にご記入ください。	あり なし	
会社名:	あり	会社名:	あり	会社名:	あり	会社名	満期日	支払限度額
満期日:		満期日:		満期日:				
保険等の種類:	なし	保険等の種類:	なし	保険等の種類:	なし	「同種の保険契約等」とは「身元信用保険」、「金融機関包括補償保険第2章補償条項5節信用補償条項」等の他の保険契約または共済契約をいいます。		
支払限度額:		保険金額(契約金額):		保険金額:				

「③事業者医療事故賠償責任保険」にご加入の場合は、別途「医師賠償責任保険告知事項申告書」のご提出も必要となります。

④従事者向け傷害保険 ⑥施設・サービス利用者向け傷害保険 ⑦-2サービス利用者傷害見舞金保険 IIタイプCコース(総合生活保険(傷害補償)) ⑨送迎中自動車傷害保険 にご加入の方で、表面の「他の保険契約等」が“あり”の場合以下告知事項の記入をお願いします。

他の保険契約等(※) 具体的な内容をご記入ください。

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。