

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。

Header form containing fields for company name, address, contact info, and insurance terms.

↓1~22の該当する事業に●印を付けてください。☆

加入する事業に●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 columns for services and 10 columns for insurance types, including rates and conditions.

Summary table for insurance fees, including total and installment rates.

★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。

Table for total insurance fee and payment date.

Table for agent information (東社協処理欄).

\*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。(2020年8月作成 20-TO1833)

Header form containing applicant information: 東京都新宿区神楽河岸 1-1, 社会福祉法人 幸福会, 理事長 山田 太郎, 特別養護老人ホーム しあわせ

↓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 fields for rates and 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、探鉱・採石作業、自動車運転者(助手を含む)※、木・竹・草・つる製品製造作業、建設作業等

動産総合保険部分と受託者賠償責任保険部分はセット加入となります。 どちらか一方の加入はできませんので、ご注意ください。

Summary table for insurance costs: 合計保険料 579,350円, 中途加入の場合の保険料, 各保険料毎の合計(①~⑩)は、円単位を四捨五入して10円単位にしてください。

Bottom left form: 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 ②⑤⑦⑱, 加入施設ごとの事業種別番号を漏れなく記載ください。

★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。 【ご注意ください】 端数は円単位を四捨五入して10円単位にしてください。

Bottom right form: 総合計保険料(一時払) 1,367,490円, 保険料払込予定日, 東社協処理欄

# 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保険 ③事業者医療事故賠償責任保険 ⑤従事者向け感染症補償保険 ⑧-1および2A、Bサービス利用者傷害見舞金補償保険 (レジャー・サービス施設費用保険、約定履行費用保険) ⑩施設現金等総合保険・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、⑧-1,2A・B)		★動産総合保険(上記⑩の保険)		★身元信用保険(上記⑩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従事者向け新型コロナウイルス等感染症補償保険 ⑦施設・サービス利用者向け傷害保険 ⑧-2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。