

介護事業者・社会福祉施設損害保険 加入依頼書

社会福祉法人 東京都社会福祉協議会 御中

【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重要事項説明書の内容
④重要事項説明書添付の「個人情報取扱に関するご案内」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 facility name, address, contact information, and insurance terms. Includes fields for 'ご加入者' (Applicant), '☆施設住所' (Facility Address), '☆施設名' (Facility Name), and '☆借用施設の名称' (Name of borrowed facility).

下記保険料は、令和4年10月1日から1年間の保険料です。①～⑩の該当する保険料・タイプ等に●をつけてください。

Main insurance rate table with columns for '事業種別番号' (Business Category No.), '☆施設・事業種別' (Facility/Business Category), '①施設損害賠償責任保険' (Facility Damage Liability Insurance), '②借用不動産賠償責任保険' (Borrowed Real Estate Liability Insurance), '③医療事故賠償責任保険' (Medical Accident Liability Insurance), '④従事者向け傷害保険' (Employee Injury Insurance), '⑤従事者向け感染症補償保険' (Employee Infectious Disease Compensation Insurance), '⑥従事者向け新型コロナウイルス等感染症補償保険' (Employee COVID-19 etc. Infectious Disease Compensation Insurance), '⑦施設・サービス利用者向け傷害保険' (Facility/Service User Injury Insurance), '⑧サービス利用者傷害見舞金補償保険' (Service User Injury Allowance Compensation Insurance), '⑨送迎中自動車傷害保険' (Transportation Vehicle Injury Insurance), '⑩施設現金等総合保険・身元信用保険' (Facility Cash etc. Comprehensive Insurance/Personal Credit Insurance).

Summary table for '加入事業者名(施設名) (☆記名被保険者)' (Applicant Name (Facility Name) (☆Named Insured)), '事業種別番号' (Business Category No.), '加入事業者名(施設名) (☆記名被保険者)' (Applicant Name (Facility Name) (☆Named Insured)), and '事業種別番号' (Business Category No.).

★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。
(各種賠償責任保険)
☆が付された事項(通知事項)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下さい。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。
(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(通知事項)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下さい。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。
(動産総合保険)
ご加入後に加入依頼書に☆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 table for '総合計保険料' (Total Premium) and '保険料払込予定日' (Premium Payment Due Date), including '東社協処理欄' (East Company Cooperation Section) with fields for month and day.

\*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。(2022年7月作成 22-T01468)

社会福祉法人 東京都社会福祉協議会 御中

【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

加入依頼書は保険契約申込書の裏面の「告知事項の申告書」に記入してください。

Header form containing facility name (東京都新宿区神楽河岸1-1), contact info (TEL: 03-1234-5678), and insurance terms (令和4年10月1日).

下記保険料は、令和4年10月1日から1年間の保険料です。①～⑩の該当する保険料・タイプ等に●をつけてください。

Main table with 10 columns for insurance types (e.g., ①施設損害賠償責任保険, ②借用不動産賠償責任保険) and rows for various facility types (e.g., 1 児童養護施設, 2 児童自立支援施設).

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・つる製品製造作業、建設作業等
※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該当しません。

施設種別をご確認の上、ご加入タイプに●印をつけてください。

Cコース(入所者)の場合、職種別(A)の職種に●印をつけてください。

Cコースにご加入の場合、職種別(A)の職種に●印をつけてください。

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 section including total insurance fee (126,870円), intermediate fee (48,790円), and final total (693,230円).

\*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。(2022年7月作成 22-T01468)

## 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施設損害賠償責任保険 ②借用不動産賠償責任保険 ③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2 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)		★約定履行費用保険(上記⑤、⑧-2(A・Bコース) ★レジャー・サービス施設費用保険(上記⑧-1の保険)		★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.本保険の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	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		1.過去において同種の保険契約等の引受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2が「はい」の場合は、その具体的な内容をご記入ください。		3.同一被保証人にかかる他の同種の保険契約等の有無	
他の保険契約または共済契約の有無				他の保険契約または共済契約の有無		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 なし	会社名:	あり なし	会社名:	あり なし	会社名	満期日	支払い限度額
満期日:		満期日:		満期日:				
保険等の種類:		保険等の種類:		保険等の種類:		[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(支払限度額):		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補償保険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”の場合は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。

施設Y