記入見本

害保険(団体総合生活補償保険) ・団体ゴルファー保険 加入申込票

御中

パンフレット記載の「職種級別表」を参照して、職種級別A・Bのどちらかに○を記入してください。

必ず押印してください。

申込締切日
毎月20日
保険期間
締切日翌月1日午後4時から 令和2年7月1日午後4時まで

○重要事項のご説明の受領、「ご加入いただく内容に関する確認事項」の確認および[illegible]ください。

◎下記告知内容によってはお引受けできない場合があります。
詳細につきましては、パンフレット「保険・共済のごあんない」をご参照ください。
また、ご不明な点については、取扱代理店トモエ保険センター
(法人名:巴産業株式会社 電話番号:052−331−1596)
もしくは引受保険会社あいおいニッセイ同和損害保険株式会社
名古屋支店名古屋第一支社(電話番号:052−563−9418)まで
お問合わせください。

ご加入の型を下記より選び、ご加入の型欄にご記入ください。

申込人				
班コード	W0001	職場班名	ショクインセイキョウ	愛印知
組合員番号	000100	フリガナ / 組合員氏名	アイチ　タロウ / 愛知　太郎	
生年月日	大正・昭和・平成　年　月　日	性別	男　女	職種級別 A

団体傷害保険(団体総合生活補償保険)	ご夫婦プラン ご家族プラン	末尾No.			被保険者本人氏名			
		11	本人	新規	フリガナ / 氏名	アイチ　タロウ / 愛知　太郎	※職業・職種名	ご加入の型 A 型 / 職種級別 A
	記名式個人プラン	21	本人	新規	フリガナ / 氏名			ご加入の型 型 / 職種級別 A B
		22	配偶者・ご家族	新規	フリガナ / 氏名	アイチ　タカシ / 愛知　隆志	※職業・職種名 ガクセイ	ご加入の型 H 型 / 職種級別 A B
					生年月日	大正・昭和 平成 6年 7月 1日	性別 男 女	団体との関係 3
		23		新規	フリガナ / 氏名		※職業・職種名	ご加入の型 型 / 職種級別 A B
					生年月日	大正・昭和・平成　年　月　日	性別 男 女	団体との関係
		24		新規	フリガナ / 氏名		※職業・職種名	ご加入の型 型 / 職種級別 A B
					生年月日	大正・昭和・平成　年　月　日	性別 男 女	団体との関係
		25		新規	フリガナ / 氏名		※職業・職種名	ご加入の型 型 / 職種級別 A B
					生年月日	大正・昭和・平成　年　月　日	性別 男 女	団体との関係

必ずカタカナで記入ください。

※他の保険契約等 被保険者ご本人について、同種の危険を補償する他の保険契約等がありますか。(注1)

過去の保険金 請求・受領(注2)

○印			
あり	傷害死亡・後遺障害 保険金額(合計)	1000 千円	あり(○印) 回数 回
	傷害通院 保険金日額(合計)	3000 円	
	傷害入院 保険金日額(合計)	2000 円	
あり	傷害死亡・後遺障害 保険金額(合計)	千円	あり(○印) 回数 回
	傷害入院 保険金日額(合計)		
	傷害通院 保険金日額(合計)		
あり	傷害死亡・後遺障害 保険金額(合計)	千円	あり(○印) 回数 回
	傷害入院 保険金日額(合計)		
	傷害通院 保険金日額(合計)		
あり	傷害死亡・後遺障害 保険金額(合計)	千円	あり(○印) 回数 回
	傷害入院 保険金日額(合計)		
	傷害通院 保険金日額(合計)		
あり	傷害死亡・後遺障害 保険金額(合計)	千円	あり(○印) 回数 回
	傷害入院 保険金日額(合計)		
	傷害通院 保険金日額(合計)		
あり	傷害死亡・後遺障害 保険金額(合計)	千円	あり(○印) 回数 回
	傷害入院 保険金日額(合計)		
	傷害通院 保険金日額(合計)		

団体ゴルファー保険	ゴルファープラン						
		31	本人	新規	フリガナ / 氏名	アイチ　タロウ / 愛知　太郎	ご加入の型 K 型
		32	ご家族	新規	フリガナ / 氏名	アイチ　ハナコ / 愛知　花子	団体との関係 3 / ご加入の型 K 型

あり(○印)	会社名	保険金額・支払限度額
	保険種類	満期日 令和　年　月　日
あり(○印)	会社名	保険金額・支払限度額
	保険種類	満期日 令和　年　月　日

ご家族プラン		
A型	B型	C型
4,250円	2,550円	1,700円
ご夫婦プラン		
D型	E型	
2,550円	1,700円	

◎家族ぐるみの補償をお求めの組合員さまはご家族プラン(A～C型)のなかから、
またご夫婦のみの補償をお求めの組合員さまはご夫婦プラン(D・E型)のなかから
お選びください。

記名式個人プラン		
F型	G型	H型
1,700円	850円	430円

◎独身の組合員さま、あるいは個人を特定して加入される組合員さまは記名式個人プラン
(F～H型)のなかからお選びください。

(注1)被保険者が同一であり、タフ・ケガの保険、学生・こども総合保険、タフ・ケガの保険〔積立タイプ〕等身体の障害に対して保険金が支払われる他の保険契約等をご記入ください。(団体傷害保険、生命保険、共済を含みます。)
この保険契約で保険金のお支払対象となる損害を補償する他の保険契約等(共済契約を含みます。)がありますか。(団体ゴルファー保険)

(注2)過去3年以内にケガで保険金(5万円以上)を請求または受領したことがありますか。

◎項目名に※の付された欄は、告知事項に該当します。これらの欄に事実と異なる記載をしたり、または事実を記載しなかった場合には、ご契約を解除し、保険金をお支払できないことがあります。なお、通知事項およびその取扱いについては重要事項のご説明をご確認ください。

ゴルファープラン		
I型	J型	K型
270円	370円	580円

◎ゴルフプレー中の補償をお求めの組合員さまはゴルファープラン(I～K型)のなかからお選びください。

備考	

月払保険料の合計額をご記入ください。

月額 → 5,840 円

引受保険会社:あいおいニッセイ同和損害保険株式会社(幹事)、損害保険ジャパン日本興亜株式会社(非幹事)

●団体との関係欄には以下の該当数字をご記入ください。

1. 組合員　2. 配偶者　3. こども　4. 両親　5. 兄弟姉妹　6. 同居の親族

左記枠内記載の1～6の該当数字をご記入ください。

脱退される組合員さまは、「保険解約届」を、変更される組合員さまは、「保険解約届」と「加入申込票」をあわせてご提出ください。

●この保険と重複する他の保険契約にご加入されている組合員さまは、保険会社、保険種類
本保険契約に関する個人情報について、各引受保険会社が次の取扱いを行うことに同意の[illegible]ください。

〔個人情報の取扱いについて〕

本保険契約に関する個人情報は、引受保険会社が保険引受の審査、本保険契約の履行のために利用するほか、引受保険会社及び引受保険会社グループが他の商品・サービスの案内のために利用することがあります。また、上記の利用の目的の達成に必要な範囲内で、業務委託先(保険代理店を含む)、保険仲立人、医療機関、保険金の請求・支払に関する関係先、一般社団法人日本損害保険協会、他の損害保険会社、再保険会社等に提供することがあります。ただし、保健医療等の特別な非公開情報(センシティブ情報)については、保険業法施行規則(第53条の10)により、利用目的が限定されています。詳細については、あいおいニッセイ同和損害保険(株)のホームページ(http://www.aioinissaydowa.co.jp/)および各引受保険会社のホームページをご覧ください。 (2019年6月承認)B19−101214