

# 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。

○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」の確認をお願いします。

申込締切日

毎月20日

保険期間

締切日翌月1日午前0時から  
平成30年7月1日午後4時まで

申込人	班コード	W0001	職場班名	ショクインセイキョウ
	フリガナ	アイチ タロウ	フルネームでご署名ください。	
	組合員番号	000100	組合員氏名	愛知 太郎
生年月日		大正 昭和 平成 40年 5月 1日	性別	男 女
			職種級別	A

○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・共済のご案内」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:052-262-1835)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。

団体傷害保険(団体総合生活補償保険)	ご家族ご夫婦	末尾No.	被保険者本人氏名						
		11	本人新規	フリガナ	アイチ タロウ	※職業・職種名	ご加入の型	A型	
		フリガナ	愛知 太郎	氏名	愛知 太郎	職種級別	A		
		21	本人新規	フリガナ	アイチ タカフ	※職業・職種名	ガクセイ	ご加入の型	H型
		フリガナ	愛知 隆志	氏名	愛知 隆志	職種級別	A B		
22	配偶新規	フリガナ	アイチ タカフ	※職業・職種名	ガクセイ	ご加入の型	H型		
フリガナ	愛知 隆志	氏名	愛知 隆志	職種級別	A B				
23	者新規	フリガナ		※職業・職種名		ご加入の型	A B型		
フリガナ		氏名		職種級別	A B				
24	ご家族新規	フリガナ		※職業・職種名		ご加入の型	A B型		
フリガナ		氏名		職種級別	A B				
25	家族新規	フリガナ		※職業・職種名		ご加入の型	A B型		
フリガナ		氏名		職種級別	A B				

傷害死亡・後遺障害 保険金額(合計)	1000 千円	あり
傷害入院 保険金額(合計)	3000 円	あり
傷害入院 保険金額(合計)	2000 円	あり
傷害死亡・後遺障害 保険金額(合計)	千円	あり
傷害入院 保険金額(合計)	千円	あり
傷害死亡・後遺障害 保険金額(合計)	千円	あり
傷害入院 保険金額(合計)	千円	あり
傷害死亡・後遺障害 保険金額(合計)	千円	あり
傷害入院 保険金額(合計)	千円	あり
傷害死亡・後遺障害 保険金額(合計)	千円	あり
傷害入院 保険金額(合計)	千円	あり
傷害死亡・後遺障害 保険金額(合計)	千円	あり
傷害入院 保険金額(合計)	千円	あり

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・子ども総合保険、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。(団体傷害契約、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、保険金をお支払いできないことがあります。なお、通知事項およびその取扱については重要事項のご説明をご確認ください。

団体ゴルファー保険	ゴルフプラン	31	本人新規	フリガナ	アイチ タロウ	ご加入の型	K型
	フリガナ	愛知 太郎	氏名	愛知 太郎	職種級別	A B	
32	ご家族新規	フリガナ	アイチ ハナコ	ご加入の型	K型		
フリガナ	愛知 花子	氏名	愛知 花子	職種級別	A B		

会社名	あいえお会社	保険金額・支払限度額	1000万円
保険種類	傷害保険	満期日	平成 30年 9月 1日
会社名		保険金額・支払限度額	
保険種類		満期日	平成 年 月 日

ゴルファープラン		
I型	J型	K型
270円	370円	580円

◎ゴル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)  
◎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、満期日、保険金額、支払限度額をお知らせください。  
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うえお申し込みください。

【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.aiomisayadowa.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。

(2017年6月承認)B17-101095

加入  
10

# 平成29年度 団体傷害保険(団体総合生活補償保険)・団体ゴルファー保険 加入申込票

申 込 締 切 日
毎月20日
保険期間
締切日翌月1日午前0時から 平成30年7月1日午後4時まで

## 愛知県職員生活協同組合 御中

○ご加入の型を右側の型より選び、ご加入の型欄にご記入ください。  
 ○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「個人情報の取扱い」にご同意いただいたうえでご署名・押印してください。

申 込 人	班コード	フリガナ	フルネームでご署名ください。	印			
	組合員番号	組合員氏名	フルネームでご署名ください。				
生年月日		大正・昭和・平成 年 月 日		性別	男 女	職 種 級 別	A

◎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・共済のご案内」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・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:052-262-1835)まで  
 お問い合わせください。

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。

団体傷害保険(団体総合生活補償保険)	ご家族プラン ご夫婦	末尾No.	被 保 険 者 本 人 氏 名								
		11	本人	新規	フリガナ	※職業・職種名	ご加入の型	型	氏名	職 種 級 別	A
記 名 式 個 人 プ ラ ン	ご家族	21	本人	新規	フリガナ	※職業・職種名	ご加入の型	型	氏名	職 種 級 別	A B
		22	配偶者	新規	フリガナ	※職業・職種名	ご加入の型	型	氏名	職 種 級 別	A B
					生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日	性別	男 女			
		23	ご家族	新規	フリガナ	※職業・職種名	ご加入の型	型	氏名	職 種 級 別	A B
					生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日	性別	男 女			
24	ご家族	新規	フリガナ	※職業・職種名	ご加入の型	型	氏名	職 種 級 別	A B		
			生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日	性別	男 女					
25	ご家族	新規	フリガナ	※職業・職種名	ご加入の型	型	氏名	職 種 級 別	A B		
			生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日	性別	男 女					

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

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・子ども総合保険、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、保険金をお支払い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。

団体ゴルフ保険	ゴルフプラン	31	本人	新規	フリガナ	ご加入の型
					氏名	型
ゴルフ保険	ゴルフプラン	32	ご家族	新規	フリガナ	ご加入の型
					氏名	型

ゴルフプラン		
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 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)

●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、満期日、保険金額、支払限度額をお知らせください。  
 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うえお申し込みください。  
 【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。(2017年6月承認)B17-101095

解約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。