

公務員賠償責任保険加入申込票 兼 被保険者明細書

あいおいニッセイ同和損保

DN1 センター送付

※印の項目は、ご契約に際して引受保険会社がおたずねする特に重要な事項(告知事項)です。事実と相違する場合は、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ので十分に確認のうえご回答(記入)ください。

私(申込人)は、自分が所属する企業または団体に対して、当該企業または団体が引受保険会社(引受保険契約の相手)である引受保険会社を含みます。以下同様とします。)と締結する団体保険契約への加入を、以下のとおり依頼します。以下加入申込時に記載のない加入条件(適用約款・特約、保険期間、保険金額など)は、当該企業または団体に定められているものであることを確認します。私および被保険者は、団体保険契約に関する情報を引受保険会社に提供することに同意します。また、私および被保険者は引受保険会社に提供された情報が、適切な保険の引換、万一保険事故が発生した場合の円滑かつ適切な保険金の支払、保険契約に付随するサービスの提供のほか、保険制度の健全な運営(再保険契約に伴う手続きを含みます。)、更迭のご案内、息込提案、グループ会社(若外にあるものを含みます。)、および提供先への商品、サービスの提案・提供等に利用されることに同意します。
(引受保険会社は、あいおいニッセイ同和損害保険株式会社となります。なお、詳細は弊社ホームページ<https://www.aioimassaydowa.co.jp/>をご参照ください。)

000 AAA 020 994
 R151 03 42 SL 354 ⑤

代表証券番号

<ご記入にあたって>

1. 被保険者住所が申込人(加入者)の住所と同じ場合、「申込人住所と同じ」に○印をしてください。

下記のいずれかに○をしてください。

- ① 新規加入
- ② 変更
- ③ 継続加入
- ④ 継続しない

申込人(加入者)	加入申込日 010	令和 年 月 日	011 電話番号	—
	012 郵便番号	317 カナ		
	住所	—	399 漢字	
	037 カナ			
氏名	[ご加入内容確認事項]について確認するとともに、個人情報の取扱いに同意のうえ加入を申し込みます。		フルネームでご署名ください。	980 生年月日
		漢字	341	漢字
	018 所属名 カナ	019 所属コード	017 職員番号	

098 加入者番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

L05 加入者識別コード

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

符号	被 保 険 者 欄		300 セット名 (3桁以内の英数字)	397 住民訴訟もしくは損害賠償が提起されるおそれ、また原因となる事由が (漢字)あることをご存じの場合は、その内容についてご記入ください。	その他の項目(被保険者項目のみ記入可)	
	項目No.	内容			項目No.	内容
390	申込人住所と異なる場合は必ずご記入ください。 H41 カナ L68 漢字					
01	J04 カナ L67 漢字		331 加入者特記事項 カナ			
	323 ※生年月日 漢字・T 漢字・S 漢字・H 漢字 年 月 日	302 性別 男 ₁ 女 ₂				
	※他の保険契約等 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。「あり」の場合、必ず下欄にご記入ください。(ご記入のない場合、「なし」と回答したこととなります。) (注)他の保険会社における契約を含みます。					
	会社名	保険種類	保険金額・支払限度額	満期日		
			千円	令和 年 月 日		
					R50 合計保険料 (分割払の場合は1回分)	円

令和1年10月1日以降始期契約に使用

公務員賠償責任保険加入申込票 兼 被保険者明細書

あいおいニッセイ同和損保

DN1 センター送付

※印の項目は、ご契約に際して引受保険会社がおたずねする特に重要な事項(告知事項)です。事実と相違する場合は、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ので十分にご確認のうえご回答(記入)ください。

私(申込人)は、自分が所属する企業または団体に対して、当該企業または団体が引受保険会社(共同保険契約の場合は共同保険会社を含みます。以下同様とします。)と締結する被保険者総数への加入を、以下のとおり依頼します。以下加入の申請に同意のない加入者(酒肉飲射・禁煙、保険期間、保険金額など)は、当該企業または団体により定められているものであることを認許します。私および引受保険者は、引受保険契約に関する情報を引受保険会社に提供することに同意します。また、私および引受保険者は引受保険会社に提供された情報が、適切な保険の引受、万一保険事故が発生した際の内容に基づいた適切な保険金の支払い、保険契約に付随するサービスの提供のほか、損害賠償の対応に必要と認められる範囲で、第三者に提供することを承諾します。なお、引受保険会社は、あいおいニッセイ同和損保株式会社となります。なお、詳細は弊社ホームページ<https://www.aioinissaiyowa.co.jp/>をご覧ください。

000 AAA 020 994
R151 03 42 SL 354 ⑤

代表証券番号

＜ご記入にあたって＞
1. 被保険者住所が申込人(加入者)の住所と同じ場合、「申込人住所と同じ」に○印をしてください。

下記のいずれかに○をしてください。

- ① 新規加入
- ② 変更
- ③ 継続加入
- ④ 継続しない

加入申込日	010 令和 年 月 日	011 電話番号	00-0000-0000
012 郵便番号	317 カナ	ウツノヤシ ××マチ	
住所	〒	000-00	399 漢字
			宇都宮市 ××町 0-0-0
037 カナ	トチキ タノウ		
氏名	フルネームでご署名ください。	980 生年月日	送正 T 昭雅 S 孝成 H 彦和 R
	漢字	347	楊木 太郎
018 所属名	カナ	019 所属コード	
		017 職員番号	▲▲▲▲▲▲▲▲



098 加入者番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

L05 加入者識別コード

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

符号	被保険者欄		300 セット名 (3桁以内の英数字)	397 住民訴訟もしくは損害賠償が提起されるおそれ、また原因となる事由が (漢字) あることをご存じの場合は、その内容についてご記入ください。	その他の項目(被保険者項目のみ記入可)	
390	申込人住所と 同じ	申込人住所と異なる場合は必ずご記入ください。	H41 カナ		項目No.	内容
	VBT ①	L68 漢字	同上			
	J04 カナ					
	氏名	L67 漢字	同上			
01	323 ※生年月日	送正 T 昭雅 S 孝成 H 彦和 R	年 0 月 00 日	302 性別	① 男	② 女
	※他の保険契約等 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(共済契約を含みます)がありますか。「あり」の場合、必ず下欄にご記入ください。(ご記入のない場合、「なし」と回答したこととなります。) (注)他の保険会社における契約を含みます。					
	会社名	保険種類	保険金額 支払限度額	満期日		
			千円	令和 年 月 日		

331 加入者特記事項 カナ

備考

R50 合計保険料 (分割払の場合は1回分)

8,780 円

※記入漏れや多い部分です。必ずご記入下さい。

パンフレットに記載のご希望のプランをご記入下さい。