

インストラクター賠償責任保険、インストラクター傷害保険加入申込票

所属の指導団体へご提出ください

(CMAS JAPAN 連盟) ご加入にあたっては「CMAS JAPAN 連盟団体保険のご案内」をご参照ください。

重要事項のご説明およびご加入内容事項について確認し、申込内容が意向に沿ったものであることを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。

加入申込日	2024年 月 日	電話番号	
所属指導団体名		カード番号	
住所	(〒) (カナ)		
	(漢字)		
申込人名	(カナ)		
	(漢字)		

私 (加入申込人は自分が所属する団体に対して、団体が引受保険会社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。以下加入申込票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より定められ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、適切な保険の引受、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お支払い、保険契約にセットされるサービスのご提供のほか、ご継続のご案内、保険制度の健全な運営 (再保険契約に伴う諸手続きを含みます。) 商品のご提案、グループ会社および提携先の商品・サービスのご提案・ご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となります。なお、詳細は引受保険会社のホームページ (<https://www.aioinissaydowa.co.jp/>) をご参照ください。

賠償加入者番号

傷害加入者番号



加入者および被保険者ご本人欄				加入プラン記入欄 (ご希望のプランに○を付けてください。)		※他の保険契約等 合計保険金額をご記入ください		
				賠償補償	傷害補償			
1	住所 (か)	職業名		AL BL CL	AI BI CI	賠償		
	住所 (漢字)	生年月日	西暦 年 月 日			会社名		
	氏名 (か)	年齢	才			保険種類	支払限度額	万円
	氏名 (漢字) フルネームでご署名ください*	性別	男 女			会社名	傷害死亡・後遺障害保険金額	合計 万円
	※同種の危険を補償する他の保険契約等 (被保険者が同一であり、タフ・ケガの保険、団体総合生活補償保険・賠償責任保険等の身体のケガおよび損害賠償責任に対して保険金が支払われる他の保険契約等を含みます。) がありますか。「あり」の場合、「あり」に○印のうえ、必ず右の「合計保険金額」欄にご記入ください。(ご記入のない場合、「なし」と回答したことになります。) (注) 他社の保険会社等における契約を含み、団体契約、生命保険契約、共済契約を含みます。 あり					※保険金請求歴 (注) 他社の保険会社等への保険金請求を含みます。過去3年以内にケガで保険金 (合計して5万円以上) を請求または受領したことがありますか。 あり		傷害入院保険金日額
			会社名	回数	合計金額	円	傷害通院保険金日額	合計 円
2	住所 (か)	職業名		AL BL CL	AI BI CI	賠償		
	住所 (漢字)	生年月日	西暦 年 月 日			会社名		
	氏名 (か)	年齢	才			保険種類	支払限度額	万円
	氏名 (漢字) フルネームでご署名ください*	性別	男 女			会社名	傷害死亡・後遺障害保険金額	合計 万円
	※同種の危険を補償する他の保険契約等 (被保険者が同一であり、タフ・ケガの保険、団体総合生活補償保険・賠償責任保険等の身体のケガおよび損害賠償責任に対して保険金が支払われる他の保険契約等を含みます。) がありますか。「あり」の場合、「あり」に○印のうえ、必ず右の「合計保険金額」欄にご記入ください。(ご記入のない場合、「なし」と回答したことになります。) (注) 他社の保険会社等における契約を含み、団体契約、生命保険契約、共済契約を含みます。 あり					※保険金請求歴 (注) 他社の保険会社等への保険金請求を含みます。過去3年以内にケガで保険金 (合計して5万円以上) を請求または受領したことがありますか。 あり		傷害入院保険金日額
			会社名	回数	合計金額	円	傷害通院保険金日額	合計 円
3	住所 (か)	職業名		AL BL CL	AI BI CI	賠償		
	住所 (漢字)	生年月日	西暦 年 月 日			会社名		
	氏名 (か)	年齢	才			保険種類	支払限度額	万円
	氏名 (漢字) フルネームでご署名ください*	性別	男 女			会社名	傷害死亡・後遺障害保険金額	合計 万円
	※同種の危険を補償する他の保険契約等 (被保険者が同一であり、タフ・ケガの保険、団体総合生活補償保険・賠償責任保険等の身体のケガおよび損害賠償責任に対して保険金が支払われる他の保険契約等を含みます。) がありますか。「あり」の場合、「あり」に○印のうえ、必ず右の「合計保険金額」欄にご記入ください。(ご記入のない場合、「なし」と回答したことになります。) (注) 他社の保険会社等における契約を含み、団体契約、生命保険契約、共済契約を含みます。 あり					※保険金請求歴 (注) 他社の保険会社等への保険金請求を含みます。過去3年以内にケガで保険金 (合計して5万円以上) を請求または受領したことがありますか。 あり		傷害入院保険金日額
			会社名	回数	合計金額	円	傷害通院保険金日額	合計 円

※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場合がありますので十分に確認のうえ、ご回答 (記入) ください。*申込人が団体の場合は記名で可

2024年3月以降用 (2024年2月承認) A23-104118