

学校名

同窓会御中

内は必ずご記入ください

鍼灸賠償責任保険制度 中途加入依頼書

(加入依頼書は保険契約申込書の一部を成します)

(あん摩マッサージ指圧師・はり師・きゅう師賠償責任保険十個人賠償責任補償)

＜ご加入に際して＞

私と被保険者全員は、以下の事項について確認・同意のうえ、契約者である団体に対して加入を依頼します。

- ①私が保険契約者である企業または団体の構成員であること
- ②重要事項説明書の内容
- ③重要事項説明書添付の「ご加入内容確認事項」の内容
- ④パンフレット記載の「個人情報の取扱いに関するご案内」の内容

加入依頼日	20 年 月 日
-------	----------

保険期間 (補償期間)	20 年 月 1 日午前0時 から 2023年5月1日午後4時
----------------	---------------------------------

加入依頼者 住所	〒	カナ 漢字	都 道 府 県
	カナ		
	漢字		
☆加入依頼者名 (被保険者本人名)※	カナ		
	漢字	※「ご加入に際して」をご確認のうえ、フルネームで自署をお願いします。	
生年月日	西暦	年 月 日	電話番号 — —

卒業学校名	カナ	
	漢字	
☆所属治療院名※	カナ	
	漢字	

※ご所属の施術院がない場合は空欄でご提出ください。複数所属の方は主な施設をご記入ください。

加入タイプ (○をお付けください)	選 択 欄	☐ S	☐ A	☐ B	☐ C
		☐ W	☐ X	☐ Y	☐ Z
掛金 パンフレットP4の表をご確認ください。		円(一時払)			

★他の保険契約等* 具体的な内容をご記入ください。				
被保険者氏名	保険会社・ 共済保険会社	保険種類	満期日(補償の 満了する日)	保険金額・ 支払限度額
				万円
				万円
				万円
				万円

★告知事項申告欄(どちらかに○をお付けください)		
1. 本保険で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(過去に引受保険会社と締結した保険契約の申込み時において、既に告知いただいたものを除きます。)	☐ 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既に発生していることを知っていますか(過去に引受保険会社と締結した保険契約の申込み時において、既に告知いただいたものを除きます。)	☐ はい	☐ いいえ
上記1、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記入ください。		
3. 他の保険契約等*	☐ あり ☐ なし	* 他の保険契約等(こ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保険契約または共済契約をいいます。)がある場合には「あり」に○をし、右上欄に詳細をご記入ください。

★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ので、ご注意ください。また、ご加入後に☆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ください。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ので、ご注意ください。

振替払込受付証明書
(ここ、または裏面に貼付してください)