

デイケア総合補償制度 加入依頼書


2024年度

東京デイケア連絡会 御中



【重要】★の項目は「告知事項」です。事実と異なる内容を記載した場合や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ので、ご注意ください。

ご加入時の確認事項

申込者または加入者は、下記の事項を確認・同意のうえ、加入を依頼します。
●重要事項等(パンフレット)の内容

申込日	年 月 日		申込日、申込人、加入施設欄はご加入内容に関わらず、漏れなくご記入ください。	
申込人 (加入者)	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		フリガナ	
	住所		フリガナ	
	法人名(施設名)		フリガナ	
	肩書・代表者名		重要事項等の内容を確認・同意のうえ、加入依頼書の記載内容にしたがい契約加入を依頼します。 	
被保険者 (対象施設)	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (TEL)		(FAX)	
	フリガナ		フリガナ	
	★住所 <input type="radio"/> 申込人に同じ		(ご担当者名)	
	★施設名 <input type="radio"/> 申込人に同じ		★定員数・面積 (定員数) 人 (デイケア室の面積) m ²	

申込人(加入者)および被保険者は、募集文書または損保ジャパンウェブサイト(<https://www.sompo-japan.co.jp/>)に掲載の個人情報の取扱いに同意します。

保険の種類	保険料の計算方法	保険料
デイケア傷害保険 パンフ P.3~4	Aタイプは施設の定員数、Bタイプは職員全員の人数、Cタイプは施設利用者全員になります。  <p>※Bタイプには、パート・アルバイトを補償の対象者に含めることができます。その場合には、人数を加算し右の欄にマルをしてください。</p> <p>※中途加入の場合の保険料は、パンフレットの2ページをご参照ください。</p>	① 円 ※ パート・アルバイトを含める(Bタイプのみ)
デイケア賠償責任保険 パンフ P.5~6	デイケア傷害保険と併せてご加入ください。 	② 円 ※ 1円単位四捨五入
デイケア設備補償保険 パンフ P.7	★ 収容建物の構造別保険料 <input type="radio"/> 鉄筋・鉄骨造 7,000円 <input type="radio"/> 木造 10,000円 × 加入月数 (か月) ÷ 12 ※100万円を超える設備・什器がある場合は火災保険のご加入をご検討ください。	③ 円 ※ 1円単位四捨五入
合計	① + ② + ③	円

【加入月数の早見表】 中途加入は補償開始日の前月25日が締め切りです。

補償開始日	4/1	5/1	6/1	7/1	8/1	9/1	10/1	11/1	12/1	1/1	2/1	3/1
加入月数	12か月	11か月	10か月	9か月	8か月	7か月	6か月	5か月	4か月	3か月	2か月	1か月

★【他の保険契約等がある場合】 (保険会社) (保険種類) (満期日) (保険金額)
(右にご記入ください)

※「他の保険契約等」とは、個人用傷害所得総合保険、傷害総合保険、普通傷害保険、家族傷害保険、交通事故傷害保険、ファミリー交通傷害保険、積立傷害保険等、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他の保険契約または共済契約をいいます。

【加入依頼書の送付先】

株式会社アライブ 〒107-0062 東京都港区南青山2-2-6-901 TEL:03-3479-4334・FAX:03-3479-5322