

締切: 補償開始月前月末日必着 (休日の場合は、その前日)

加入依頼日 年 月 日

(公財) 介護労働安定センター傷害補償(介護事業者用)制度 加入依頼書 (感染症見舞金制度 加入依頼書)

【チェック欄】

当事業者がパンフレット記載の加入対象事業者であることを確認しました。

↓ 該当する金額欄に○をご記入ください。

< 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、加入を依頼します。

①当事業者がパンフレット記載の加入対象事業者であること 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重要事項説明書添付の「個人情報の取扱い」の内容

加入確認 @ 1,750円: 傷害補償(介護事業者用)制度に加入 @ 1,900円: 傷害補償(介護事業者用)制度と感染症見舞金制度に加入 コード番号

被保険者算出の基礎となる人数 (重要なお知らせ) 被保険者名簿の記入・提出は、加入事業者様で常時備え付けられていることを前提に不要となりました。...

保険料 4月~8月末加入保険料 傷害補償のみ 1,750円 x 名 = 円 傷害補償 + 感染症見舞金 1,900円 x 名 = 円

(★2) 傷害補償制度告知欄 あり 1. 他の同種の保険契約または共済契約がありますか。ある場合には○をし、裏面*に詳細をご記入ください。

感染症補償見舞金制度加入の場合のみ下記にご記入ください

(★3) 感染症見舞金制度告知欄 あり はい 1. 他の同種の保険契約または共済契約がありますか。ある場合には○をし、裏面*に詳細をご記入ください。 2. 本契約の対象となる約定について、それを履行すべき事由が過去5年以内に発生したことがありますか...

受付

(注)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、裏面*に詳細をご記入ください。裏面も必ずご覧ください。

★他の保険契約等*

具体的な内容をご記入ください。

(※)他の保険契約等とは、ご加入の保険契約の一部または全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。

〈傷害補償制度〉

保険会社・共済会社	保険種類	満期日 (補償の満了する日)	保険金額・支払限度額 (ご契約金額)(万円)

〈感染症見舞金制度(約定履行費用保険)〉

保険会社・共済会社	保険種類	満期日 (補償の満了する日)	保険金額・支払限度額 (ご契約金額)(万円)

〈傷害補償制度について〉

(★2)または(☆1)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、(☆)が付された事項に内容の変更が生じた場合には、遅滞なく弊社にご連絡ください。ご連絡がない場合は保険金が削減されることがありますので、ご注意ください。

〈感染症見舞金制度(約定履行費用保険)について〉

(★3)または(☆1)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。ご加入時に告知事項について正確にお答えいただく義務があります。お答えいただいた内容が事実と異なる場合や告知事項について事実を記載しない場合は、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。*代理店には、告知受領権があります。

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ることが判明した場合は、すみやかにご加入の代理店または引受保険会社にご連絡いただく義務があります。ご連絡がない場合は、保険金をお支払いできないことがあります。また変更の内容によってご契約を解除することがあります。

(個人情報の利用目的)

本誌記載の個人情報につきましては、保険の加入手続きのために利用させていただきます。
詳しくはパンフレット記載の「重要事項説明書」をご確認ください。