

# 知的障害者職業教育研究会 御中 学校用

## インターンシップ保険(賠償責任保険・総合生活保険(傷害補償)) 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。

### 1. 下記についてご記入ください。

加入者	加入依頼日	令和 年 月 日					
	学校所在地	〒 — — —					
	電話	— — — — —					
	フリガナ						
	☆学校名 <small>(賠償責任保険の 記名被保険者)</small>	当校は「ご加入に際して」を確認し、保険契約者である団体に対して加入を依頼します。 <div style="float: right; border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-top: 10px;">                     印                     <table style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="text-align: center;">★ 他 の 保 険 契 約 等 ※</td> <td style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px;">あり</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px;">なし</td> </tr> </table> </div>			★ 他 の 保 険 契 約 等 ※	あり	
★ 他 の 保 険 契 約 等 ※	あり						
	なし						

#### 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・同意の上、加入を依頼します。

- ①私が保険契約者である障害者職業教育研究会の構成員であること。
- ②重要事項説明書の内容
- ③裏面の「個人情報の取扱いに関するご案内」の内容

※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。）について「あり」または「なし」に○をし、「あり」に○をした場合は、下記に詳細をご記入ください。

### 2. 補償期間

令和 年 月 1 日 時～令和4年5月1日午後4時（ 月 日間）

### 3. ご希望の加入タイプの人数と保険料をご記入ください。 <保険料算出シート>

ご希望の加入タイプ	A	B	C		A	B	C
賠償責任保険・個人情報漏えい保険	○	○	○		5,000 円	3,500 円	1,500 円
総合生活保険(傷害補償)	◎※	○※	×		×	×	×
合計保険料							
				☆加入生徒数			
				合計保険料			

※◎は死亡・後遺障害、入院・手術、通院  
○は死亡・後遺障害、入院・手術

※傷害補償あり（A・B）については、派遣時期および場所が同一のグループは必ず同一タイプをご選択ください。

### 4. その他、ご記入お願いいたします。 具体的な内容をご記入ください。

#### (1) 他の保険契約等

①【賠償責任保険】他の保険契約等がある場合には上記「他の保険契約等」欄に○をし、下記に詳細をご記入下さい

会社名	保険種類	満期日	支払限度額(保険金額)

②【総合生活保険(傷害補償)】

被保険者氏名	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)

必ず裏面をご確認ください。

(2) 告知事項申告欄(どちらかに○をお付け下さい)

	はい	いいえ
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、すでに告知いただいたものを除きます)。		
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すでに発生し★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、すでに告知いただいたものを除きます)。		
3. 上記1、2のいずれかが「はい」の場合は、その具体的な内容★		

ご加入の際のご注意

〈告知義務〉加入依頼書等に★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。ご加入時にこれらの事項に正確にお答えいただく義務があります。これらが事実と異なる場合やこれらに事実を記載しない場合は、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。取扱代理店には、告知受領権があります。

〈通知義務〉ご加入後に加入依頼書等に☆が付された事項(通知事項)に内容の変更が生じた場合は、遅滞なくご加入の取扱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、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。通知義務の対象ではありませんが、ご加入者の住所等を変更した場合にも、ご加入の取扱代理店または引受保険会社にご連絡ください。

個人情報の取扱いに関するご案内

保険契約者である企業または団体は東京海上日動火災保険株式会社に本契約に関する個人情報を提供いたします。東京海上日動火災保険株式会社および東京海上グループ各社は、本契約に関する個人情報を、保険引受の判断、本契約の管理・履行、付帯サービスの提供、他の保険・金融商品等の各種商品・サービスの案内・提供、アンケート等を行うために利用する他、下記①から⑤の利用・提供を行うことがあります。なお、保健医療等の特別な非公開情報(センシティブ情報)の利用目的は、保険業法施行規則により、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定されています。

- ①本契約に関する個人情報の利用目的の達成に必要な範囲内で、業務委託先(保険代理店を含みます。)、保険仲立人、医療機関、保険金の請求・支払いに関する関係先、金融機関等に対して提供すること
- ②契約締結、保険金支払い等の判断をするうえでの参考とするために、他の保険会社、一般社団法人日本損害保険協会等と共同して利用すること
- ③東京海上日動火災保険株式会社と東京海上グループ各社または東京海上日動火災保険株式会社の提携先企業等との間で商品・サービス等の提供・案内のために、共同して利用すること
- ④再保険契約の締結、更新・管理、再保険金支払等に利用するために、再保険引受会社等に提供すること
- ⑤質権、抵当権等の担保権者における担保権の設定等に係る事務手続きや担保権の管理・行使のために、その担保権者に提供すること

詳しくは、東京海上日動火災保険株式会社のホームページ([www.tokiomarine-nichido.co.jp](http://www.tokiomarine-nichido.co.jp))をご参照ください