

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。

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同意・確認のうえ、加入を依頼します。

- ① 私が保険契約者である障害者職業研究会の構成員であること
- ② 重要事項説明書の内容
- ③ 「意向チェックシート」の内容
- ④ 「個人情報の取扱いに関するご案内」の内容

加入依頼日	令和 年 月 日		
電話	-	-	加入タイプ
住所	〒 -		
フリガナ			フリガナ
☆ 児童・生徒名 (被保険者)	所属の学校： 学年： 年	保護者名	※私は「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="text-align: right; border: 1px dashed black; border-radius: 50%; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">印</div>
生年月日 (被保険者)	昭和 平成	年 月 日	児童・生徒から見た続柄

補償期間：令和 年 月 1日 時 ~ 令和4年5月1日 午後4時

中途加入につきましては原則、毎月20日締切、翌月1日午前0時加入(補償開始)となります。

2. その他、ご記入お願いいたします。

(1) 告知事項欄(どちらかに○をお付けください。)

告知事項申告欄	★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。)	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すで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、すでに告知いただいたものを除きます。)	はい	いいえ
	★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		

(2) 他の保険契約等*1

*1 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。

あり

なし

① (A・B・Cタイプ) 賠償責任保険(施設賠償責任保険・生産物賠償責任保険・受託者賠償責任保険)・個人情報漏えい保険

保険会社	保険種類	満期日	支払限度額(万円)

② (A・Bタイプ) 総合生活保険(傷害補償) 具体的な内容をご記入ください。

被保険者氏名	保険会社・共済会社	保険種類	満期日	保険金額・支払限度額(万円)

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。

意向チェックシート

〔インターンシップ保険にご加入いただく皆様へ〕

営業店：1333

代理店：7431

本チェックシート*1は、万一の事故の際に安心して保険をご利用いただけるよう、ご加入いただく保険商品がお客様のご意向に沿った内容であること等を確認させていただいたためのものです。以下の「ご確認事項」にチェックのうえ、【お客様（記入された方）ご署名欄】にご署名ください。ご確認にあたりご不明な点等ございましたら、パンフレット等に記載のお問い合わせ先までご連絡ください。

①ご希望の補償分野 ②補償内容等の確認 ③当初のご意向との比較 ④ご加入内容の確認 の順にご確認ください。

	ご確認事項	回答欄
①	今回お勧めする補償のうち、ご加入を希望されるもの（ご加入の意向）がありましたら、以下ア・イの選択肢の中からお選びください。 ⇒以下にご加入を希望される場合、パンフレット・加入依頼書等の内容をご確認ください。	
	ア (A・B・Cタイプの方) インターンシップ中の他人のケガや他人の財物の損壊による法律上の損害賠償責任等に関する補償	<input type="checkbox"/> 施設賠償責任保険・生産物賠償責任保険・受託者賠償責任保険・個人情報漏えい保険
	イ (A・Bタイプの方) インターンシップ中にケガで入院したり、亡くなった場合等の補償	<input type="checkbox"/> 総合生活保険（傷害補償）
	※本保険商品は、病気に関する補償や貯蓄を目的とした保険ではありません。上記以外の補償をご希望される場合等につきましては、パンフレット等に記載のお問い合わせ先までご連絡ください。	
②	パンフレット・加入依頼書等にてご案内しております契約タイプ・補償内容等をご確認いただけましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
③	パンフレット・加入依頼書等をご確認いただき、今回ご加入いただく保険が①におけるご希望（ご意向）を満たすことをご確認いただけましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
④	今回ご加入いただく保険は、以下の点でお客様のご意向に沿っていますか？ ・保険金をお支払する主な場合・保険期間・保険の対象となる方・保険金額、免責金額・保険料・保険料払込方法	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	「重要事項説明書」の内容についてご確認いただけましたか？ （特に●保険金をお支払しない主な場合、●告知義務・通知義務等、●補償の重複に関するご注意についてご確認ください。）	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	加入依頼書等の「他の保険契約等」欄は正しく告知いただいていますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	加入依頼書等の「生年月日」または「満年齢」欄は正しく記載されていますか？ ※総合生活保険（子ども総合補償）以外の場合は、「対象外」としてください。	<input type="checkbox"/> はいまたは対象外 <input type="checkbox"/> いいえ

保護者（記入された方）ご署名欄

令和 年 月 日

加入依頼書等および重要事項説明書により加入内容が意向に沿ったものであることを確認しました。

ご署名



法人の場合は記名・捺印をお願いします。

個人情報の利用目的等につきましては、重要事項説明書の「個人情報の取扱い」に記載されている通りですので、あわせてご確認ください。

【社内使用欄】

受付印

社員確認印

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) をご参照ください

保護者の皆様へ

今後のサービス拡充に向け、皆様のお声をお聞かせください。

1. 本制度の補償内容は妥当ですか？（○をお付けください）

妥当 ・ 狭い

2. あらたに拡充をご希望の補償はありますか？

3. 以下で、興味のあるサービスはありますか？（番号に○をお付けください）

(1) 保護者の方の万が一に備えた、生徒の皆様への生活資金保障

(2) 保護者の方の万が一に備えた、生徒の皆様への学費補償

(3) 保護者の方がガンや病気になった際の、医療費に関する補償

(4) 日常生活における生徒の皆様のケガへの補償

(5) その他のご意見・ご希望

取扱幹事代理店である株式会社マルワは、お客様から提供いただいた上記アンケート記載の個人情報を東京海上日動火災保険株式会社より保険業務の委託を受けて行う損害保険およびこれに付帯・関連するサービスの提供等に利用させていただくことがあります。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。