

## 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。

- 私が保険契約者である知的障害者職業研究会の構成員であること
- 重要事項説明書の内容
- 「意向チェックシート」の内容

太枠内に必要事項を  
ご記入ください

④ 「個人情報の取扱いに関するご案内」(本加入依頼書裏面)の内容

加入依頼日	令和 ● 年 ● 月 ● 日		
電話	03 - 1234 - 5678	加入タイプ	<input checked="" type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C
住所	〒 111 - 9999 東京都葛飾区青戸1-7-99		
フリガナ	ホケン タロウ	フリガナ	ホケン サチオ
☆児童・生徒名 (被保険者)	保険 太郎 所属の学校: 職業研修中学校 学年: 3 年	保護者名	保険 幸男 <span style="border: 1px dashed black; border-radius: 50%; padding: 2px;">印</span>
生年月日 (被保険者)	<input type="radio"/> 昭和 <input checked="" type="radio"/> 平成 18 年 8 月 16 日	児童・生徒から 見た続柄	父

補償期間: 令和 4 年 5 月 1 日 午後 4 時~令和5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、ご記入をお願いいたします。

該当する方へ○をお付けください

## (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。)	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> 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。)	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> 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

 あり なし

「他の保険契約」をありで告知いただいた方は内容をご記入ください

## ① (A・B・Cタイプ) 賠償責任保険(施設賠償責任保険・業務賠償責任保険・受託者賠償責任保険)\*個人用情報/雨入り/床

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)
保険 太郎	知的共済	傷害保険	2022年7月31日	死亡500万、入院3000円、通院1000円

# 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

回答欄にチェックを  
してください

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、ご加入いただく内容であること等を確認させていただくためのものです。以下の「ご確認事項」にチェックのうえ、【お名前】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 checked="" 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、亡くなったりした場合等の補償	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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（こども総合補償）以外の場合は、「対象外」としてください。	<input checked="" type="checkbox"/> はいまたは対象外 <input type="checkbox"/> いいえ

全ての方がチェック

AタイプまたはBタイプ加入の方のみチェック

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

保険幸男

必ずご署名ください！

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