加入

令和２年度　団体傷害保険・団体ゴルファー保険 加入・変更申込票

記入見本

合生活補償保
合　御中
ださい。

パンフレット記載の「職種級別表」を参照して、職種級別A・Bのどちらかに○を記入してください。

必ず押印してください。

○重要事項のご説明の受領および「ご加入いただく内容に関する確認事項」を確

「個人情報の取扱いについて」を確認いただいたうえで記入・押印してください。

申込人				
班コード	W０００１	職場班名	ショクインセイキョウ	愛印 知
組合員番号	０００１００	フリガナ	アイチ　タロウ	
		組合員氏名	愛知　太郎（フルネームでご署名ください。）	
生年月日	大正・昭和・平成４０年５月１日	性別	男　女	職種級別 A

◎下記告知内容によってはお引受けできない場合があります。
詳細につきましては、パンフレット「保険・共済のごあんない」をご参照ください。
また、ご不明な点については、取扱代理店トモエ保険センター（法人名：巴産業株式会社 電話番号：052－331－1596）もしくは引受保険会社あいおいニッセイ同和損害保険株式会社名古屋支店名古屋第一支社（電話番号：052－563－9418）までお問合わせください。

ご加入の型を下記より選び、ご加入の型欄にご記入ください。

団体傷害保険 団体総合生活補償保険	末尾No.			被保険者本人氏名		ご加入の型
ご夫婦プラン ご家族プラン	１１	本人	新規	フリガナ：アイチ　タロウ / 氏名：愛知　太郎	※職業・職種名：	A 型
記名式個人プラン	２１	本人	新規	フリガナ： / 氏名：	※職業・職種名：	型
	２２	配偶者・ご家族	新規	フリガナ：アイチ　タカシ / 氏名：愛知　隆志 / 生年月日：大正・昭和・平成　６年　７月　１日 / 性別：男 女	※職業・職種名：ガクセイ	H 型 / 職種級別 A B / 団体との関係 ３
	２３	配偶者・ご家族	新規	フリガナ： / 氏名： / 生年月日：大正・昭和・平成　年　月　日 / 性別：男 女	※職業・職種名：	型 / 職種級別 A B / 団体との関係
	２４	配偶者・ご家族	新規	フリガナ： / 氏名： / 生年月日：大正・昭和・平成　年　月　日 / 性別：男 女	※職業・職種名：	型 / 職種級別 A B / 団体との関係
	２５	配偶者・ご家族	新規	フリガナ： / 氏名： / 生年月日：大正・昭和・平成　年　月　日 / 性別：男 女	※職業・職種名：	型 / 職種級別 A B / 団体との関係

必ずカタカナで記入ください。

※他の保険契約等 被保険者ご本人について 同種の危険を補償する他の保険契約等がありますか（注2）

あり○印	傷害死亡・後遺障害 保険金額（合計）	1000 千円	
	傷害通院 保険金日額（合計）	3000 円	
	傷害入院 保険金日額（合計）	2000 円	
あり○印	傷害死亡・後遺障害 保険金額（合計）	千円	
	傷害入院 保険金日額（合計）		
	傷害通院 保険金日額（合計）		
あり○印	傷害死亡・後遺障害 保険金額（合計）	千円	
	傷害入院 保険金日額（合計）		
	傷害通院 保険金日額（合計）		
あり○印	傷害死亡・後遺障害 保険金額（合計）	千円	
	傷害入院 保険金日額（合計）		
	傷害通院 保険金日額（合計）		
あり○印	傷害死亡・後遺障害 保険金額（合計）	千円	
	傷害入院 保険金日額（合計）		
	傷害通院 保険金日額（合計）		

過去の保険金請求・受領（注2）

あり（○印）	回数 1回
あり（○印）	回数 回
あり（○印）	回数 回
あり（○印）	回数 回
あり（○印）	回数 回
あり（○印）	回数 回

ご家族プラン		
A型	B型	C型
4,250円	2,550円	1,700円
ご夫婦プラン		
D型	E型	
2,550円	1,700円	

◎家族全員の補償をお求めの組合員さまは
ご家族プラン（A～C型）のなかから、
またご夫婦のみの補償をお求めの組合員さまは
ご夫婦プラン（D・E型）のなかから
お選びください。

記名式個人プラン		
F型	G型	H型
1,700円	850円	430円

◎独身の組合員さま、あるいは個人を特定して加入される組合員さまは記名式個人プラン（F～H型）のなかからお選びください。

(注1)同種の危険を補償する他の保険契約等（被保険者が同一であり、タフ・ケガの保険、団体総合生活補償保険、賠償責任保険等の身体のケガまたは損害賠償責任に対して保険金が支払われる他の保険契約等をいい、積立保険を含みます。）をご記入ください。
※ 他の保険会社等における契約を含み、団体契約、生命保険契約、共済保険を含みます。

(注2)過去3年以内にケガで保険金(5万円以上)を請求または受領したことがありますか。

◎項目名に※の付された欄は、告知事項に該当します。これらの欄に事実と異なる記載をしたり、または事実を記載しなかった場合には、ご契約を解除し、保険金をお支払できないことがあります。なお、通知事項およびその取扱いについては重要事項のご説明をご確認ください。

団体ゴルファー保険 ゴルファープラン						
	３１	本人	新規	フリガナ：アイチ　タロウ / 氏名：愛知　太郎		ご加入の型 K 型
	３２	ご家族	新規	フリガナ：アイチ　ハナコ / 氏名：愛知　花子	団体との関係 ３	ご加入の型 K 型

あり○印	会社名	保険金額・支払限度額
	●●●損保	5000万円
	保険種類 傷害保険	満期日 令和　２　年　10月　１　日
あり○印	会社名	保険金額・支払限度額
	保険種類	満期日 令和　年　月　日

ゴルファープラン		
I型	J型	K型
270円	370円	580円

◎ゴルフプレー中の補償をお求めの組合員さまはゴルファープラン（I～K型）のなかからお選びください。

申込締切日
毎月20日
保険期間
締切日翌月1日午後4時から 令和3年7月1日午後4時まで

備考

月払保険料の合計額をご記入ください。

▶月額　5，840　円

引受保険会社：あいおいニッセイ同和損害保険株式会社(幹事)、損害保険ジャパン株式会社(非幹事)

●団体との関係欄には以下の該当数字をご記入ください。

1. 組合員　2. 配偶者　3. こども　4. 両親　5. 兄弟姉妹　6. 同居の親族

左記枠内記載の１～６の該当数字をご記入ください

●この保険と重複する他の保険契約にご加入されている組合員さまは、保険会社、保　　い。
本保険契約に関する個人情報について、各引受保険会社が次の取扱いを行うことに同意の表明をいただきます。

〔個人情報の取扱いについて〕

本保険契約に関する個人情報は、引受保険会社が保険引受の審査、本保険契約の履行のために利用するほか、引受保険会社及び引受保険会社グループ(海外にあるものを含む)が他の商品・サービスの案内のために利用することがあります。また、上記の利用の目的の達成に必要な範囲内で、業務委託先(保険代理店を含む)、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、一般社団法人日本損害保険協会、他の損害保険会社、再保険会社等(いずれも海外にあるものを含む)に提供することがあります。ただし、保健医療等の特別な非公開情報(センシティブ情報)については、保険業法施行規則(第53条の10)により、利用目的が限定されています。詳細については、あいおいニッセイ同和損害保険(株)のホームページ(https://www.aioinissaydowa.co.jp/)および各引受保険会社のホームページをご覧ください。(2020年6月承認)B20−101154

加入 １０

令和２年度　団体傷害保険・団体ゴルファー保険 加入・変更　申込票

(団体総合生活補償保険)　(団体総合生活補償保険〈個賠型〉)

愛知県職員生活協同組合　御中

○ご加入の型を右側の型より選び、ご加入の型欄にご記入ください。
○重要事項のご説明の受領および「ご加入いただく内容に関する確認事項」を確認し、申込内容が意向に沿ったものであることを確認するとともに、「個人情報の取扱いについて」を確認いただいたうえで記入・押印してください。

申し込み締切日
毎月20日
保険期間
締切日翌月１日午後4時から 令和3年7月１日午後4時まで

◎下記告知内容によってはお引受けできない場合があります。
詳細につきましては、パンフレット「保険・共済のごあんない」をご参照ください。
また、ご不明な点については、取扱代理店トモエ保険センター
(法人名：巴産業株式会社 電話番号：052－331－1596)
もしくは引受保険会社あいおいニッセイ同和損害保険株式会社
名古屋支店名古屋第一支社(電話番号：052－563－9418)まで
お問合わせください。

ご加入の型を下記より選び、ご加入の型欄にご記入ください。

申込人						
班コード		職場班名		印		
		フリガナ				
組合員番号		組合員氏名	フルネームでご署名ください。			
生年月日	大正・昭和・平成　年　月　日	性別	男　女	職種級別 A		

団体傷害保険 団体総合生活補償保険		末尾No.			被保険者本人氏名					
	ご夫婦プラン ご家族プラン	11	本人	新規	フリガナ		※職業・職種名		ご加入の型	型
					氏名				職種級別	A
	記名式個人プラン	21	本人	新規	フリガナ		※職業・職種名		ご加入の型	型
					氏名				職種級別	A　B
		22	配偶者・ご家族	新規	フリガナ		※職業・職種名		ご加入の型	型
					氏名				職種級別	A　B
					生年月日	大正・昭和・平成　年　月　日	性別	男　女	団体との関係	
		23		新規	フリガナ		※職業・職種名		ご加入の型	型
					氏名				職種級別	A　B
					生年月日	大正・昭和・平成　年　月　日	性別	男　女	団体との関係	
		24		新規	フリガナ		※職業・職種名		ご加入の型	型
					氏名				職種級別	A　B
					生年月日	大正・昭和・平成　年　月　日	性別	男　女	団体との関係	
		25		新規	フリガナ		※職業・職種名		ご加入の型	型
					氏名				職種級別	A　B
					生年月日	大正・昭和・平成　年　月　日	性別	男　女	団体との関係	

※他の保険契約等 被保険者ご本人について 同種の危険を補償する他の保険契約等がありますか（注1）

あり○印	傷害死亡・後遺障害 保険金額(合計)	千円	過去の保険金請求・受領注2	あり(○印)	回数　回
	傷害入院 保険金日額(合計)	円			
	傷害通院 保険金日額(合計)	円			
あり○印	傷害死亡・後遺障害 保険金額(合計)	千円		あり(○印)	回数　回
	傷害入院 保険金日額(合計)				
	傷害通院 保険金日額(合計)				
あり○印	傷害死亡・後遺障害 保険金額(合計)	千円		あり(○印)	回数　回
	傷害入院 保険金日額(合計)				
	傷害通院 保険金日額(合計)				
あり○印	傷害死亡・後遺障害 保険金額(合計)	千円		あり(○印)	回数　回
	傷害入院 保険金日額(合計)				
	傷害通院 保険金日額(合計)				
あり○印	傷害死亡・後遺障害 保険金額(合計)	千円		あり(○印)	回数　回
	傷害入院 保険金日額(合計)				
	傷害通院 保険金日額(合計)				
あり○印	傷害死亡・後遺障害 保険金額(合計)	千円		あり(○印)	回数　回
	傷害入院 保険金日額(合計)				
	傷害通院 保険金日額(合計)				

ご家族プラン		
A型	B型	C型
4,250円	2,550円	1,700円
ご夫婦プラン		
D型	E型	
2,550円	1,700円	

◎家族全員の補償をお求めの組合員さまは
ご家族プラン(A～C型)のなかから、
またご夫婦のみの補償をお求めの組合員さまは
ご夫婦プラン(D・E型)のなかから
お選びください。

記名式個人プラン		
F型	G型	H型
1,700円	850円	430円

◎独身の組合員さま、あるいは個人を特定して
加入される組合員さまは記名式個人プラン
(F～H型)のなかからお選びください。

(注1)同種の危険を補償する他の保険契約等(被保険者が同一であり、タフ・ケガの保険、団体総合生活補償保険、賠償責任保険等の身体のケガまたは損害賠償責任に対して保険金が支払われる他の保険契約等をいい、積立保険を含みます。)をご記入ください。
※ 他の保険会社等における契約を含み、団体契約、生命保険契約、共済保険を含みます。

(注2)過去3年以内にケガで保険金(5万円以上)を請求または受領したことがありますか。

◎項目名に※の付された欄は、告知事項に該当します。これらの欄に事実と異なる記載をしたり、または事実を記載しなかった場合には、ご契約を解除し、保険金をお支払できないことがあります。なお、通知事項およびその取扱いについては重要事項のご説明をご確認ください。

団体ゴルファー保険								
ゴルファープラン	31	本人	新規	フリガナ			ご加入の型	
				氏名				型
	32	ご家族	新規	フリガナ		団体との関係		ご加入の型
				氏名				型

あり○印	会社名	保険金額・支払限度額
	保険種類	満期日 令和　年　月　日
あり○印	会社名	保険金額・支払限度額
	保険種類	満期日 令和　年　月　日

ゴルファープラン		
I型	J型	K型
270円	370円	580円

◎ゴルフプレー中の補償をお求めの組合員さまはゴルファープラン(I～K型)のなかからお選びください。

備考	

月払保険料の合計額をご記入ください。 ⇨ 月額　円

引受保険会社：あいおいニッセイ同和損害保険株式会社(幹事)、損害保険ジャパン株式会社(非幹事)

●団体との関係欄には以下の該当数字をご記入ください。
1. 組合員　2. 配偶者　3. こども　4. 両親　5. 兄弟姉妹　6. 同居の親族

解約される組合員さまは、「保険解約届」を、変更される組合員さまは、「保険解約届」と「加入申込票」をあわせてご提出ください。

●この保険と重複する他の保険契約にご加入されている組合員さまは、保険会社、保険種類、満期日、保険金額、支払限度額をお知らせください。
本保険契約に関する個人情報について、各引受保険会社が次の取扱いを行うことに同意のうえお申し込みください。
〔個人情報の取扱いについて〕
本保険契約に関する個人情報は、引受保険会社が保険引受の審査、本保険契約の履行のために利用するほか、引受保険会社及び引受保険会社グループ(海外にあるものを含む)が他の商品・サービスの案内のために利用することがあります。また、上記の利用の目的の達成に必要な範囲内で、業務委託先(保険代理店を含む)、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、一般社団法人日本損害保険協会、他の損害保険会社、再保険会社等(いずれも海外にあるものを含む)に提供することがあります。ただし、保健医療等の特別な非公開情報(センシティブ情報)については、保険業法施行規則(第53条の10)により、利用目的が限定されています。詳細については、あいおいニッセイ同和損害保険(株)のホームページ(https://www.aioinissaydowa.co.jp/)および各引受保険会社のホームページをご覧ください。(2020年6月承認)B20-101154