

未成年後見人支援事業 未成年後見人補償制度加入依頼書

加入依頼書は保険契約申込書の一部を成します。

1.被後見人

ご加入者氏名 (記名被保険者)	私は裏面に記載の～ご加入に際して～を確認し、保険契約者である日本社会福祉士会に対してこの保険への加入を依頼します。	申込日(加入依頼日) 西暦 年 月 日
	カナ 漢字	
住 所	〒 (-)	中途加入の場合の補償開始日※ 西暦 年 月 日
		保険終期 2020年 4月 1日 午後4時
連 絡 先	Tel (- -)	被後見人に選任された日(審判書発行日) 西暦 年 月 日
	Fax (- -)	

※中途加入の場合は、毎月20日まで加入手続きが完了した場合、翌月1日午前0時より補償開始となります。

生年月日	性別	職種級別(※1)	☆職業・職務	★他の保険契約等(※2)
西暦 年 月 日	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	<input type="radio"/> A <input type="radio"/> B		<input type="radio"/> あり

※1 手引きP35～記載の「意向チェックシート」の内容を確認のうえ必ず○をつけてください。

※2 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○をし、裏面に詳細をご記入ください。

該当する保険料をご記入ください。

保 険 の 種 類	希望補償	意向確認 手引き P35「意向チェックシート」の 質問を全てご確認いただきましたか？	一時払保険料 *パンフレットご参照
被後見人補償制度（総合生活保険（傷害補償））	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> はい	円

2.未成年後見人

氏 名 (ご加入者・ ★記名被保険者)	私は裏面に記載の～ご加入に際して～を確認し、保険契約者である日本社会福祉士会に対してこの保険への加入を依頼します。	申込日(加入依頼日) 西暦 年 月 日
	カナ 漢字	
住 所	〒 (-)	中途加入の場合の補償開始日※ 西暦 年 月 日
		保険終期 2020年 4月 1日 午後4時
連 絡 先	Tel (- -)	未成年後見人に選任された日(審判書発行日) 西暦 年 月 日
	Fax (- -)	

※中途加入の場合は、毎月20日まで加入手続きが完了した場合、翌月1日午前0時より補償開始となります。

該当する保険料をご記入ください。

保 険 の 種 類	希望補償	一時払保険料*パンフレットご参照
未成年後見人補償制度（賠償責任保険）	<input type="radio"/>	円

3.合計保険料

合計 円

※裏面の「告知事項申告書」も必ず記入してください。

【その他事務処理欄】

申込都道府県	担当部署・担当者名	連絡先
		TEL FAX

～ご加入に際して～

私は、自分が都道府県が必要と認め、所定の要件を満たしている被後見人、未成年後見人であること、総合生活保険の被保険者が被後見人であること、重要事項説明書および意向チェックシートの内容および下記「個人情報の取扱いに関するご案内」の内容について確認・同意のうえ、加入を依頼します。

★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。これらに事実と異なる記載をした場合やこれらに事実を記載しない場合は、ご加入を解除することがあります。（賠償責任保険の場合）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た場合は、すみやかに取扱代理店または引受保険会社にご連絡ください。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のでご注意ください。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。（総合生活（傷害補償））☆が付された事項に内容の変更が生じた場合には、遅滞なく取扱代理店または引受保険会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。

総合生活（傷害補償）について、★が付された事項（告知事項）は「他の保険契約等」となり、☆が付された事項（告知事項かつ通知事項）は、「職業・職務」となります。

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(<http://www.tokiomarine-nichido.co.jp/>) をご参照ください。

代理店システムマネジメントは、保険契約締結の代理権を有しており、引受保険会社との委託契約に基づき、保険契約の締結、引受契約の管理業務をおこなっております。従いまして、システムマネジメントと締結され有効に成立した契約につきましては、保険会社と直接締結されたものとなります。

★他の保険契約等(※) 1. 被後見人補償制度(総合生活保険(傷害補償))に加入の方で該当がある場合はご記入下さい。

被後見人についての他の保険契約をご記入ください。

(※)他の保険契約等とは、ご加入の保険契約の全部または一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。

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)

★告知事項申告欄 2. 未成年後見人補償制度(賠償責任保険)にご加入の場合はご記入ください。

後見人についての告知事項および他の保険契約等についてご記入ください。

告知事項申告欄 どちらかに○をお付け下さい	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	★他の保険契約等(※)	あり	会社名	保険等の種類
	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		なし	満期日	保険金額(支払限度額)
	3 上記1、2のいずれかが「はい」の場合は、その具体的な内容を記入						

◇◇本保険に関するお問い合わせ先◇◇

<取扱代理店> 有限会社 システムマネジメント

TEL 03-5725-1234 FAX 03-5725-1236

<引受保険会社> 東京海上日動火災保険(株) 担当課: 医療・福祉法人部法人第二課

TEL 03-3515-4144 FAX 03-3515-4145