

# 公務員賠償責任保険加入申込票 兼 被保険者明細書

※印の項目は、ご契約に際して引受保険会社がおたずねする特に重要な事項(告知事項)です。  
事実と相違する場合は、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ので十分にご確認のうえご回答(記入)ください。

私(申込人)は、自分が所属する企業または団体に対して、当該企業または団体が引受保険会社(共同保険契約の場合は共同保険会社)を含みます。以下同様とします。)と締結する団体保険契約への加入を、以下のとおり依頼します。以下加入申込票に記載のない加入条件(適用約款・特約・保険期間・保険金額など)は、当該企業または団体により定められているものであることを確認します。私および被保険者は、団体保険契約に関する情報を引受保険会社に提供することに同意します。また、私および被保険者は引受保険会社に提供された情報が、適切な保険の引受、万一保険事故が発生した場合の円滑かつ適切な保険金の支払い、保険契約に付帯されるサービスの提供のほか、保険制度の健全な運営(再保険契約に付随する手続きを含みます。) 改訂のご案内、商品提案、グループ会社(海外にあるものを含みます。) および提携先への商品・サービスの提案・提供等に利用されることに同意します。  
(引受保険会社は、あいおいニッセイ同和損害保険株式会社となります。なお詳細は弊社ホームページ<https://www.aioinissaydowa.co.jp/>をご参照ください。)

## あいおいニッセイ同和損保

DNI センター受付

000 AAA 020 994  
R151 03  42 SL 354 ⑤

代表証券番号 SA12871514

<ご記入にあたって>

- 被保険者住所が申込人(加入者)の住所と同じ場合、「申込人住所と同じ」に〇印をしてください。

下記のいずれかに〇をしてください。

- ① 新規加入
- ② 変更
- ③ 継続加入
- ④ 継続しない

|          |  |   |
|----------|--|---|
| 申込人(加入者) | 加入申込日 010<br>令和R 年 月 日   | 011 電話番号<br>- -                           |
|          | 住所<br>012 郵便番号 317 カナ<br>〒 - 399 漢字  |   |
|          | 氏名<br>「ご加入内容確認事項」について確認するとともに、個人情報の取扱いに同意のうえ加入を申し込みます。<br>フルネームでご署名ください。<br>漢字 341 | 980 生年月日 (天正)T (昭和)S (平成)H (令和)R<br>年 月 日 |
|          | 018 所属名 カナ   | 019 所属コード                                 |

|           |
|-----------|
| 098 加入者番号 |
|           |

|              |
|--------------|
| L05 加入者識別コード |
|              |

| 符号  | 被保険者欄   | 300 セット名<br>(3桁以内の英数字) | 397 住民訴訟もしくは損害賠償が提起されるおそれ、また原因となる事由があることをご存じの場合は、その内容についてご記入ください。 | その他の項目(被保険者項目のみ記入可)        |
|-----|---|------------------------|---|----------------------------|
| 390 | 申込人住所と異なる場合は必ずご記入ください。<br>住所<br>VBT ①<br>H41 カナ<br>L68 漢字   |                        |   | 項目No. 内容                   |
|     | 氏名<br>J04 カナ<br>L67 漢字  |                        |   |                            |
| 01  | 323 ※生年月日 (天正)T (昭和)S (平成)H<br>年 月 日  | 302 性別<br>① 男 ② 女      | 331 加入者特記事項 カナ  | 備考                         |
|     | ※他の保険契約等<br>この保険契約で保険金のお支払対象となる損害を補償する他の保険契約等(共済契約を含みます)がありますか。「あり」の場合、必ず下欄にご記入ください。(ご記入のない場合、「なし」と回答したこととなります。)<br>(注)他の保険会社における契約を含みます。 |                        |   | R50 合計保険料(分割払の場合は1回分)<br>円 |
|     | 会社名   | 保険種類                   | 保険金額・支払限度額<br>千円  | 満期日<br>令和 年 月 日            |