

# 「傷害保険」登録票 兼 変更依頼書

■ 今回、本帳票をご提出いただくのは、以下の3つの場合となります。

該当番号に○をして、矢印に従って必要事項をご記入ください。

- ① (○) 新規(または追加)で申込みをされる場合。プランを変更する場合。
- ② (○) 住所変更や加入者・被保険者の情報に変更がある場合。
- ③ (○) 今回の10月1日の満期をもって継続せずに終了される場合。

記入日: 西暦 年 月 日

従業員コード	会社名	部署・所属	加入者氏名

TOKAI保険事業部ホームページおよびT-SICSに掲載した「重要事項のご説明 契約概要のご説明・注意喚起情報のご説明」を確認しました。	加入者署名欄(自署)

① 加入を希望(変更)するプランに○をしてください。

新規(または追加)で申込みをされる場合は、同封の加入申込票もあわせてご提出下さい。

プランと保険料	スタンダード		ワイド		プレミアム	
	本人型	家族型	本人型	家族型	本人型	家族型
	1,110円	2,220円	1,180円	2,520円	2,100円	4,960円
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
オプション	弁護士費用補償セット				220円	<input type="radio"/>
	◆ホールインワン・アルバイトロス費用補償セット				250円	<input type="radio"/>

◆家族型にご加入の場合も被保険者ご本人のみ補償となります。

② 加入者・被保険者の情報に変更がある場合は、変更する情報のみをご記入ください。

住所変更がある方は下記にご記入の上ご提出ください。

加入者(従業員の方)				被保険者(補償の対象となる方)			
住所	〒			住所	〒		※職業職種
氏名 (改姓等)	連絡先			氏名	男女	生年月日	S H 年 月 日

■ 他の保険契約等に変更がある場合は下記にご記入ください。

<p>※他の保険契約等 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等の身体のケガ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。)がありますか。「あり」の場合、「あり」に○印のうえ、必ず「合計保険金額」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。)</p> <p>(注)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、共済契約を含みます。</p>	<p>Y34 あり</p>	<p>保険金請求歴(注)他の保険会社等への保険金請求を含みます。過去3年以内にケガで保険金(合計して5万円以上)を請求または受領したことがありますか。 (あり)</p> <p>会社名</p>				
<p>合計保険金額</p>	<p>Y36 万円</p>	<p>Y37 円</p>	<p>T28 円</p>	<p>回数</p>	<p>合計金額</p>	<p>円</p>

※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ください。

③ 今回の満期をもって継続しない。

現在ご加入いただいている傷害保険が、2021年10月1日 午後4時の満期をもって補償が終了することへの、ご了承をお願いします。	<input type="radio"/> 同意する	<input type="radio"/> 同意しない
---	----------------------------	-----------------------------