

ご加入内容確認事項

＜平成29年度 愛知県トライアスリート補償制度専用＞

本紙（ご加入内容確認事項）は、万一の事故の際に安心して保険をご利用いただけますよう、お申込みいただく保険商品がおお客様のご希望に合致した内容であること、お申込みの際に特に重要な事項を確認していただくためのものです。パンフレットや重要事項説明書などを十分お読みいただき、下記事項をご確認ください。ご不明な点やご希望に合致しない点などがございましたら、取扱代理店または弊社までお問い合わせください。

なお、本紙はおお客様ご自身でご確認いただくためのものですので、ご提出いただく必要はありません。

1. ご加入いただく保険商品がおお客様のご希望する内容となっている事をご確認ください。

- 保険金のお支払事由（特約も含む）について、ご希望どおりの内容になっていますか。
- 保険金額・ご加入期間・保険料とその払込方法は、ご希望どおりの内容になっていますか。
- 被保険者（補償の対象になる方）の範囲をご確認いただけましたか。
- 補償内容が同様の保険契約（傷害保険以外の保険契約にセットされる特約や当社以外の保険契約を含みます）が他にある場合、対象となる事故についてはどちらの保険契約からでも補償されますが、いずれか一方の保険契約からは保険金が支払われない場合があることについて理解いただきましたか。

2. 加入申込書の記入内容につき、下記の点をご確認ください。

- ご加入いただける団体様は、愛知県トライアスロン協会の会員の方ですか。
- 加入依頼書の各欄について正しくご記入いただけましたか（特に★印の付いた事項）。
万一、記載漏れ、記載誤りがある場合は訂正をお願いいたします。

3. 重要事項説明書の内容についてご確認ください。

重要事項説明書には、補償の内容、告知義務、通知義務のほか主な免責事由(保険金をお支払いできない事由)など、おお客様にとって不利益な情報も記載されていますので必ずご確認をお願いいたします。

4. 上記1～3の項目をもれなくご確認いただけましたら、加入依頼書に**ご署名またはご記名押印**をお願いいたします。

以上

平成29年度 愛知県トライアスリート補償制度

○補償内容と保険料

補償内容		Aプラン	Bプラン	Cプラン	保険期間	中途加入時の金額(制度運営費含む)		
						Aプラン	Bプラン	Cプラン
傷害補償	入院保険金 (180日限度)	1日あたり保険金額 3,000円	1日あたり保険金額 3,500円	1日あたり保険金額 5,000円	12ヶ月まで	11,000円	14,000円	20,000円
	通院保険金 (90日限度)	1日あたり保険金額 1,200円	1日あたり保険金額 1,500円	1日あたり保険金額 2,000円	11ヶ月まで	10,130円	12,890円	18,420円
	後遺障害保険金 (程度に応じて)	最高 680万円	最高 908万円	最高 1,369万円	10ヶ月まで	9,260円	11,780円	16,840円
	死亡保険金	680万円	908万円	1,369万円	9ヶ月まで	8,360円	10,650円	15,210円
賠償責任補償		支払限度額(1回の事故について)			8ヶ月まで	7,500円	9,530円	13,630円
		3,000万円	5,000万円	1億円	7ヶ月まで	6,590円	8,390円	12,000円
救済者費用補償		年間限度額 100万円	年間限度額 200万円	年間限度額 200万円	6ヶ月まで	5,730円	7,270円	10,420円
年間保険料		10,540円	13,440円	19,170円	5ヶ月まで	4,860円	6,180円	8,830円
制度運営費		460円	560円	830円	4ヶ月まで	3,960円	5,030円	7,200円
合計		11,000円	14,000円	20,000円	3ヶ月まで	3,090円	3,930円	5,620円
					2ヶ月まで	2,230円	2,810円	4,050円
					1ヶ月まで	1,330円	1,680円	2,410円

※上記補償内容は加入者数 20 名～499 名の場合となります。本制度は団体割引を適用しておりますので、実際の加入者数によりましては保険金額を調整させていただく場合がございますのでご了承ください。中途加入の場合でも制度運営費は各プラン分の額だけ上乗せされています。

引受保険会社：Chubb 損害保険株式会社

(キリトリ)

平成29年度トライアスリートあんしん保険 加入依頼書

愛知県トライアスロン協会 御中

補償期間：平成29年5月1日から1年間(中途加入の場合は加入日から平成30年5月1日)

私は別紙「トライアスリートあんしん保険のご案内」、「重要事項説明書」の内容を確認の上、下記のとおりトライアスリートあんしん保険への加入を依頼します。また事故の際に保険契約および保険金請求に関する事項について損害保険会社等間で確認されること、重要事項説明書およびご加入内容確認事項の記載事項を確認し、その内容に同意します。

加入依頼日	平成 年 月 日	JTU会員登録番号	-	-	()
加入依頼者	氏名	フリガナ			お申込み署名 / 捺印 (個人の場合署名 法人の場合捺印)
	住所	〒 - TEL: - -	E-mail		
被保険者	氏名	フリガナ			性別
		(加入依頼者と異なる場合、またはCプランにご加入の場合にご記入ください)			男・女
	住所	〒 - TEL: - -			生年月日
		フリガナ			年 月 日
被保険者が他に同種の保険契約等にご加入されていますか？				死亡保険金受取人は法定相続人となります。	
<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ (「はい」の場合は下記にご記入ください※)					
他の保険契約等★		保険会社等名称:		死亡保険金額: 万円	

※ご回答が「はい」の場合で、その詳細が不明な場合は「はい」に○印をしていただいた上で「詳細不明」とご記入ください。なお、保険金ご請求時に他の保険契約等の内容について確認させていただきますので予めご了承ください。

上記★印の項目はご加入にあたりお申出いただく特に重要な事項(告知事項)です。記入された内容が事実と異なる場合は、ご契約を解除したり、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。

プラン別の補償概要については別紙パンフレット等をご参照ください。

(引受保険会社：Chubb損害保険株式会社)