

【公務員賠償責任保険】 団体契約加入申込票

- この保険は、茨城県学校生活協同組合を保険契約者とし、組合員を加入者（被保険者）とする公務員賠償責任保険の団体契約です。
- この保険は「公務員賠償責任保険普通保険約款」「公務員賠償責任保険追加特約」「職務関連行為に起因して提起される「民事訴訟補償特約」「損害賠償請求期間延長特約」「初期対応費用補償特約」および各々の「特約」で構成されています。
- ご加入にあたっては、「公務員賠償責任保険のご案内」をご参照ください。
- 保険契約についての重要な事項に関する説明書類を受け取り、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同意のうえ加入を申し込みます。

前年同一補償内容で継続加入の方は自動継続扱いとなりますので、加入申込票の提出は不要です。

加入区分⇒○印

新規

変更

脱退

加入依頼日	平成 年 月 日						
加入依頼者名	(フリガナ)						
	(漢字)						
保険期間	平成 29 年 4 月 1 日午後 4 時 ~ 平成 30 年 4 月 1 日午後 4 時				1 年間		
被保険者	氏名	(フリガナ)					
	(加入依頼者と異なる場合ご記入ください)	(漢字)					
	所属 (職場名)	職員番号					
	自宅住所	自宅 TEL					
加入プランの□にレ点を入れて下さい。	プラン		□プラン1	□プラン2	□プラン3	□プランS	
	民事訴訟+住民訴訟						
	支払限度額 (1請求・保険期間中)	民事訴訟	損害賠償金 (免責金額なし)	1 億円	1 億円	3,000 万円	3 億円
			争訟費用 (免責金額なし)	1,000 万円	1,000 万円	300 万円	3,000 万円
		住民訴訟	損害賠償金 (免責金額なし)	1 億円	100 万円	100 万円	3 億円
			争訟費用 (免責金額なし)	1,000 万円	10 万円	10 万円	3,000 万円
保険料 (1年間)			7,940 円	6,090 円	4,200 円	9,960 円	
※他の保険契約等	同種の危険を補償する他の保険契約等がある場合は、保険会社等の名称・保険種類・保険金額・支払限度額・満期日をお知らせください。						
	(保険会社等の名称)		(保険種類)				
	(保険金額・支払限度額)		(満期日)				

※印の項目については、ご加入時に事実を正確にお申し出いただく義務（告知義務）があります。故意や重大な過失により、お申し出いただかなかった場合や、お申し出いただいた事項が事実と異なっている場合には、ご契約が解除されたり、保険金をお支払いできないことがあります。ご加入に際して、今一度お確かめください。

【保険料払込方法】

保険料は、平成 29 年 6 月に指定口座より引落としさせていただきます。

【引受保険会社】 あいおいニッセイ同和損害保険株式会社