

2020年版

AZ-COMネット見舞金制度

中途加入申込票

記入例を参考に、「AZ-COMネット見舞金制度（業務災害補償保険）」
中途加入申込票に必要事項をご記入・押印のうえ、FAXにて事務局に送付ください。

< お問い合わせ先 >

【取扱代理店】

株式会社 アズコムビジネスサポート

住所：〒342-0008 埼玉県吉川市旭7番地1

TEL：048-991-1125 FAX 048-991-0900

AZ-COMネット見舞金制度（業務災害補償保険）中途加入申込票

一般社団法人 AZ-COM丸和・支援ネットワーク事務局 御中

FAX: 03-3212-1112

本補償制度は、業務災害を被ることによる死亡・後遺障害や治療費用について補償する制度です。お客さまの現在の補償ニーズに合致している場合は、下記の申込み手続きにお進みください。

本補償制度が私の意向に合致しているため、下記保険種類の普通保険約款および特約を承認し、重要事項説明書の内容を理解したうえで次の通り保険加入を申し込みます。

中途加入日：申込日翌月1日 保険期間：（中途加入日）午後4時～2021年 12月 1日 午後 4時 まで

保険種類	業務災害補償保険				加入申込印 兼 意向確認印 兼 重要事項説明書確認印 兼 個人情報取扱同意確認印兼用
★申込日 ①	年 月 日				印
フリガナ ★加入申込企業名 ② 代表者名					
★対象の営業所・部門 ③	すべての営業所 を対象にする	対象の営業所を指定する場合はこちらに記載ください			
★加入申込人住所 ④	フリガナ 〒				
★補償対象者数 ⑤	役員	従業員	庸車運転手	派遣労働者等	
	名	名 <input type="checkbox"/> パート・アルバイトを含む <input type="checkbox"/> パート・アルバイトを含まない	名	名	
★追加告知事項 ⑥	(1)この保険契約で保険金の支払対象となる損害を補償する他の保険契約等がありますか？ <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり (以下をご記入ください)				
	保険会社名	保険種類	満期日 年 月 日	支払限度額 万	

※ ★印の項目は、ご契約にあたりお申し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。

※ 他の保険契約等の詳細がわからない場合は、「あり」に○をつけ「詳細不明」とご記入ください。

★ご担当者さま連絡先 ⑦ () さま

※ご希望のプランに○をつけてください。

業務災害補償保険				
補償対象者 ⑧	タイプ選択 ⑨			
役員	タイプA	タイプB	タイプC	タイプD
従業員				
庸車運転者				
派遣労働者等				

(注) タイプ別の補償内容はパンフレットをご参照ください

引受保険会社：あいおいニッセイ同和損害保険株式会社

※こちらにご記入後、FAXにてAZ-COM支援ネットワーク事務局に送付ください

AZ-COMネット見舞金制度（業務災害補償保険）中途加入申込票記入例

一般社団法人 AZ-COM丸和・支援ネットワーク事務局 御中

FAX: 03-3212-1112

本補償制度は、業務災害を被ることによる死亡・後遺障害や治療費用について補償する制度です。お客さまの現在の補償ニーズに合致している場合は、下記の申込み手続きにお進みください。

本補償制度が私の意向に合致しているため、下記保険種類の普通保険約款および特約を承認し、重要事項説明書の内容を理解したうえで次の通り保険加入を申し込みます。

中途加入日：申込日翌月1日 保険期間：（中途加入日）午後4時～2021年 12月 1日 午後 4時 まで

保険種類	業務災害補償保険				加入申込印 兼 意向確認印 兼 重要事項説明書確認印 兼 個人情報取扱同意確認印兼用
★申込日 ①	2021 年 1 月 1 日				印
フリガナ ★加入申込企業名 ② 代表者名	モモタロウウンソウカブシキガイシャ ダイヒョウトリシマリヤク モモ タロウ 桃太郎運送株式会社 代表取締役 桃 太郎				
★対象の営業所・部門 ③	すべての営業所 を対象にする	対象の営業所を指定する場合はこちらに記載ください			
★加入申込人住所 ④	フリガナ サイマクン ○○シ ○○○ 〒123-4567 埼玉県○○市○○○○				
★補償対象者数 ⑤	役員	従業員	庸車運転手	派遣労働者等	
	2 名	25 名 <input checked="" type="checkbox"/> パート・アルバイトを含む <input type="checkbox"/> パート・アルバイトを含まない	8 名	0 名	
★追加告知事項 ⑥	(1)この保険契約で保険金の支払対象となる損害を補償する他の保険契約等がありますか？ <input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり (以下をご記入ください)				
	保険会社名	保険種類	満期日 年 月 日	支払限度額 万	

※ ★印の項目は、ご契約にあたりお申し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。

※ 他の保険契約等の詳細がわからない場合は、「あり」に○をつけ「詳細不明」とご記入ください。

★ご担当者さま連絡先 ⑦ 048 (XXX) XXXX 加藤 さま

※ご希望のプランに○をつけてください。

業務災害補償保険				
補償対象者 ⑧	タイプ選択 ⑨			
役員	タイプA	タイプB	タイプC	タイプD
従業員				
庸車運転者				
派遣労働者等				

(注) タイプ別の補償内容はパンフレットをご参照ください

引受保険会社：あいおいニッセイ同和損害保険株式会社

①～⑨は必須記入項目です