

「全図協 総合補償制度」加入依頼書

		加入依頼書記入日	年 月 日
住所	〒《郵便番号》	TEL.	FAX.
	カナ 《住所》		
加入者(被保険者)	協会名	《協会名》	
	<以下の欄に記名・押印ください。>		
	会社名	《会社名》	
	代表者名	カナ 《カナ》	《代表者名》

代表者印を押してください。認印で結構です。

印

【年間売上高】のご申告と【保険プラン】のご選択

該当する年間売上高にあてはまるご希望の保険料プランにチェック☑してください。
 ※年間売上高については、学校への商品納入業務に関する売上高をご申告ください。

	Aタイプ		Bタイプ	
賠償リスク (施設賠償責任保険+生産物賠償責任保険)	対人・対物共通(自己負担額なし) 1事故支払限度額 5,000 万円		対人・対物共通(自己負担額なし) 1事故支払限度額 5,000 万円	
現金盗難リスク (少額現金・小切手運送保険)	1事故支払限度額(自己負担額なし) 50 万円		1事故支払限度額(自己負担額なし) 100 万円	
年間売上高★	チェック欄	年間保険料	チェック欄	年間保険料
5,000万円以下	<input type="checkbox"/>	16,000円	<input type="checkbox"/>	26,000円
5,000万円超～1億円以下	<input type="checkbox"/>	22,000円	<input type="checkbox"/>	32,000円
1億円超 ～ 2億円以下	<input type="checkbox"/>	34,000円	<input type="checkbox"/>	44,000円
2億円超 ～ 5億円以下	<input type="checkbox"/>	52,000円	<input type="checkbox"/>	62,000円
5億円超 ～ 10億円以下	<input type="checkbox"/>	71,000円	<input type="checkbox"/>	81,000円
10億円超 ～ 30億円以下	<input type="checkbox"/>	131,000円	<input type="checkbox"/>	141,000円

- 保険期間…2023年10月1日～2024年10月1日(施設賠償責任保険・生産物賠償責任保険)
- 保険期間…2023年10月1日～2024年9月30日(少額現金・小切手運送保険)

他の保険契約または 共済契約の有無★ (注)他の保険契約または共済契約とは、この保険契約の全部または一部に対して支払責任が同じである保険契約または共済契約をいいます。	「あり」の場合は、下記に記入してください。					
	賠償責任保険	あり	なし	少額現金・小切手運送保険	あり	なし
	会社名			会社名		
	満期日			満期日		
	保険等の種類			保険等の種類		
	支払限度額	千円		支払限度額	千円	

※この加入依頼書に★印が付された項目は「告知事項」です。この項目の記載内容に誤りがある場合は、保険金のお支払いができないことや保険契約を解除させていただくことがありますので正しくご選択、ご記入ください。

加入依頼書記載事項が事実と相違ないことを確認・同意の上、保険契約者である一般社団法人全国図書教材協議会に総合補償制度への加入を依頼します。また、保険料算出のために必要となる事項(年間売上高)を上記の通り申告します。
 この契約では「確定保険料契約」が付帯され、保険期間終了後の保険料の精算が原則として不要となっています。ただし、以下の点にご留意いただく必要があります。

1. 故意または重大な過失によって、上記に実際の数値に不足する数値を申告した場合は、その不足する割合によって保険金の支払額が削減されること。
2. この保険契約の保険期間中および保険契約終了後1年間において、貴社より確定保険料を計算するために必要な資料の閲覧を求められた場合には、これに応じなければならないこと。
3. 保険料の確定精算を行っていただければ差額の返還を受けられたと考えられる場合であっても、その差額の受取ができないこと(「確定保険料特約」は保険期間途中で削除できないこと)。
4. 保険契約の定めに基づき、保険期間の途中で保険契約が解除された場合(任意解約等を行った場合を含みます。)には、解除の時点で保険料の確定精算が行なわれること。
5. 保険契約の定めに基づき、保険期間の途中で契約内容の一部を変更したことにより保険料の返還・追加が発生したときは、保険期間の終了後に保険料の確定精算が行なわれること。

また、確定保険料の算出基礎として「確定保険料特約」に定められている「保険契約締結時に把握可能な直近の会計年度」等(1年間)における年間売上高を次のとおり申告いたします。なお、この申告を行う時点において、保険期間中に見込まれる数値が申告する数値に対し著しく変動する(50%未満または200%超になる)予定はありません。

送付先 こちらへご郵送ください	全国図書教材協議会 事務局 宛て 〒162-0831 東京都新宿区横寺町64-2 TEL 03-3267-1041
------------------------	--