

まもりす倶楽部事務局宛

FAX 03-5733-5322

まもりす倶楽部 入会申込書 兼 団体保険制度 加入依頼書

1. 加入申込日(FAX送信日)

西暦 年 月 日

2. 紹介機関

3. 申込人(ご加入事業者様)についてご記入ください。

会社名 (事業者名)	フリガナ	契約締結権限を有する代表者の職印を押印下さい	
代表者名	フリガナ	代表者印	
住所	フリガナ		
TEL		FAX	
申込担当者	フリガナ <input type="checkbox"/> 代表者と同じ	日中連絡可能な電話番号	
事業者届出番号		メール アドレス	

4. 団体保険制度①～④への加入希望(任意)についてご記入ください。

下記のとおり、まもりす倶楽部団体保険制度に申込みします。申込人(加入事業者)は、当社HPに掲載の個人情報の取り扱いに同意します。

※「ご加入に際して特に確認いただきたい事項」についてパンフレットに掲載しておりますので、ご加入前に必ずお読みいただきますようお願い申し上げます。

保険期間	(西暦) 年 月 1 日 から 2023 年 4 月 1 日 まで
------	-----------------------------------

※保険期間の途中でのご加入は、原則毎月15日までに当社へFAXいただき、20日までに当社へ着金いただくことで翌月1日より加入することができます。

団体 保 険 制 度	①建設工事保険	<input type="checkbox"/> 加入する	<input type="checkbox"/> 加入しない
	②請負業者賠償責任保険 (施設所有管理者賠償責任保険セット)	<input type="checkbox"/> 保険金額3億円プラン	<input type="checkbox"/> 保険金額5億円プラン <input type="checkbox"/> 加入しない
	③事業活動総合保険 (傷害プラン)	<input type="checkbox"/> プランA <input type="checkbox"/> プランB <input type="checkbox"/> プランC <input type="checkbox"/> プランD <input type="checkbox"/> 加入しない	<input type="checkbox"/> 上乘せプラン(死亡保険金1,000万円)を追加する
	補償内容	<第二面>「事業活動総合保険(傷害プラン)の締結等に関する確認書」の通り ※ 事業活動総合保険にご加入の場合は<第二面>もご記入・ご捺印をお願いします。	
④被害トラブル弁護士費用保険 (争訟対応費用保険)	<input type="checkbox"/> 加入する	<input type="checkbox"/> 加入しない	

※完成工事高または売上高が10億円以下の保険料はパンフレットに記載されている保険料表をご確認ください。
10億円を超える場合は事務局までお問い合わせ下さい。

5. 保険料算出基礎数字申告書 兼 確認書 についてご記入ください。

※金額は1万円単位まで正確にご記入ください。

⑤直近会計年度の年間完成工事高		億					万円 (税込)
⑥直近会計年度の年間売上高 (⑤ + その他の事業の合計の売上高の合計) ※傷害プラン・被害トラブル弁護士費用保険の算出基礎数字		億					万円 (税込)
上記の完成工事高および年間売上高の 確認方法をご記入ください。	<input type="checkbox"/> 決算書で確認しました。 年度 月期決算 <input type="checkbox"/> その他()で確認しました。 ※資料名をご記入ください。						

※決算書等の完成工事高および売上高に関する確認資料自体のご提出は不要です。

※保険料算出の基礎数字である年間完成工事高や売上高が正しく申告されていない場合、保険金が支払われない場合がありますのでご注意ください。

※自社工事(モデルルーム・自社で販売するための物件)が含まれる場合は、その費用を完成工事高・売上高に含めてご記入ください。

6. アンケートにご協力をお願いします。該当するものに☑をお付けください。

Q. ご加入の決め手は何ですか? (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 保険料を安く抑えることができたから	<input type="checkbox"/> 補償のラインナップが充実していたから	<input type="checkbox"/> ご加入手続きが簡単だから	<input type="checkbox"/> その他()
-----------------------------	--	---	---------------------------------------	---------------------------------

【お申込み・お問い合わせ先】

住宅保証機構株式会社
まもりす倶楽部事務局

〒105-0011 東京都港区芝公園3-1-38 芝公園三丁目ビル
TEL:03-6435-8873 FAX:03-5733-5322
<https://www.mamoris.jp/>

【取扱代理店】

住宅保証機構株式会社

事業活動総合保険（傷害プラン）の締結等に関する確認書

次の1.のご確認事項をお読みいただき、2.～4.の補償内容をご確認いただきましたら、2.の保険開始日をご記入いただき、4.のご契約プランにチェックをし、5.に記名・捺印をお願いいたします。

1. ご確認事項

- 本保険契約は、補償対象者に対する災害補償を目的とするものであり、被保険者が本保険契約に定める補償保険金を受領した場合は、その全額を補償対象者またはその遺族に支払うものとします。被保険者は、補償対象者となる者全員に対して、被保険者が災害補償を目的として本保険契約を締結すること、ならびに被保険者が本保険契約に定める補償保険金を受領した場合は、本保険契約の約款に従い、被保険者がその全額を補償対象者またはその遺族に支払うことを周知しており、また今後新たに補償対象者となる者に対してすみやかに周知します。
なお、被保険者が労働災害事故により補償対象者またはその遺族に損害賠償債務を負う場合、本保険契約に基づき被保険者が補償対象者またはその遺族に支払う補償金は、損益相殺の対象となるものとし、被保険者は補償対象者またはその遺族に対する損害賠償債務を免れることを補償対象者に確認しています。
- 保険契約を継続する場合は、新たに「確認書」を取り交わし提出します。災害補償規程などを定めている場合は、下表の金額が災害補償規程などの範囲内で定められていることを確認しています。
- 本保険契約の補償対象者は、災害補償を目的として本保険契約が損害保険ジャパン株式会社と締結されることについて同意しています。

2. ご契約概要

被保険者	下記5.に記載のとおり
保険契約者	住宅保証機構株式会社 まもりす倶楽部事務局代表 小川 富由
保険期間	202 年 月 日 から 2023年4月1日 まで
証券番号	7150028091

3. 補償対象者の範囲

補償範囲	業務上のみ（※）
補償対象者	役員／個人事業主本人
	正規従業員
	臨時雇従業員
	下請負人およびその構成員

（※）「業務上」には出退勤途上も含まれます。

4. ご契約プランと補償条件

補償の対象 / ご契約プラン	プランA	プランB・C・D	上乗せプラン
死亡補償金、後遺障害補償金（最高）	5,000千円	10,000千円	10,000千円
入院補償（日額）	5,000円	5,000円	-
通院補償（日額）	3,000円	3,000円	-
入院一時金補償	50,000円	50,000円	-

※ご契約プランに✓をご記入ください。

※上乗せプランご契約時は✓をご記入ください。

<input type="checkbox"/> プランA	<input type="checkbox"/> プランB・C・D	<input type="checkbox"/> 上乗せプラン
-------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------

5. 被保険者（ご加入事業者様社名・代表者名） ※加入申込日をご記入いただき、記名・捺印をお願いいたします。

年	月	日
印		