



FAX 03-5733-5322
または E-mail mclub@mamoris.jp

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) 2. 紹介機関
西暦 年 月 日

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			代表者印
住所			
TEL		FAX	
申込担当者	<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①～⑦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 2027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。

見 積 内 容	おすすめプラン	フリープラン
※いずれかにチェック <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
① 建設工事保険	加入する	<input type="checkbox"/> 加入する <input type="checkbox"/> 加入しない
② 運送保険	加入しない	<input type="checkbox"/> 加入する <input type="checkbox"/> 加入しない ※建設工事保険に加入必須
③ 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)	加入する ⇒保険金額3億円プラン	<input type="checkbox"/> 加入する ⇒保険金額3億円プラン <input type="checkbox"/> 加入する ⇒保険金額5億円プラン <input type="checkbox"/> 加入しない
④ 事業活動総合保険 (傷害プラン)	加入する [プランC]	<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
⑤ 上乗せプラン (死亡保険金1,000万円を追加)	加入しない	<input type="checkbox"/> 加入する <input type="checkbox"/> 加入しない
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。	
⑥ 被書トータル弁護士費用保険	加入しない	<input type="checkbox"/> 加入する <input type="checkbox"/> 加入しない
⑦ 情報漏えい保険 (サイバー補償プラン)	加入する	<input type="checkbox"/> 加入する <input type="checkbox"/> 加入しない
確認事項	(注) 情報漏えい保険にご加入の場合は、下記要件を満たすことを確認のうえお申込みください。 ・過去5年間において、情報漏えい保険で補償される事故が発生していない。 ・現在、情報漏えい保険で補償される事故が発生する可能性がある状況、事実、事情を認識していない。	

※PL保険(生産物賠償責任保険)は、まもりす倶楽部に加入いただくことで自動加入となります。

※金額は1万円単位まで正確にご記入ください。

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。

※①～③の保険にご加入する場合	▼ 全ての事業者様が必ずご記入ください ▼
直近会計年度の年間完成工事高	億 万円 (税込)
※④～⑦の保険にご加入する場合	▼ ④～⑦にご加入の事業者様は必ずご記入ください ▼
直近会計年度の年間売上高 (上記完成工事高+ その他の事業の売上高の合計)	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 月決算
※確認した資料名をご記入ください	<input type="checkbox"/> その他 () で確認しました。

※完成工事高または売上高が10億円までの保険料はパンフレットをご覧ください。10億円を超える場合は事務局までお問い合わせ下さい。
※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。

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. 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

- ① 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。
- ② 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。
- ③ 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
保険期間	202 年 月 日 から 2027年4月1日 まで
証券番号	9802958294

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みます。

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