

2019年度 BSACメンバー賠償責任保険加入申込票

記入日: 年 月 日

BSAC JAPAN 事務局 御中

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、加入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。

以下本枠内にご記入いただき、BSAC JAPAN事務局まで、FAXもしくはご郵送ください。

インストラクター1名ごとに1枚ご記入ください。(例)ダイブセンターで5名のインストラクターが加入する場合、本用紙が5枚必要になります。
この保険契約はBSAC JAPANを保険契約者とし、BSAC JAPANメンバーを対象とする施設所有(管理)者賠償責任保険の団体契約です。
ご加入内容の詳細につきましてはパンフレットをご参照下さい。

<ご提出先>

〒101-0035
東京都千代田区神田紺屋町 サンビル4F BSAC JAPAN 事務局
TEL: 03-5297-5656 / FAX: 03-5297-5657 / E-mail: insurance@bsac.jp

保険期間(ご契約期間)	2019年 月 日 午後4時 から 翌年1月1日 午後4時まで ヶ月													
お申込人														
住所	〒 -													
BSACメンバーランク	00 — — N・IT・A・OW・C・PI・DD・AD・DL・SDI・SI													
所属ダイブセンター名 フリーの場合はフリーとご記入ください														
①ダイビング賠償責任保険 (施設所有(管理者)賠償責任保険) 免責金額(自己負担額)0円	■下記1、2から加入者のランクを選び、該当する補償限度額と保険始期(いずれも翌年の1月1日午後4時までの期間となります)にチェックを入れてください。													
	1. インストラクター(クラブインストラクターも含む) 場合													
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		補償開始	1/1~	2/1~	3/1~	4/1~	5/1~	6/1~	7/1~	8/1~	9/1~	10/1~	11/1~	12/1~
	<input type="checkbox"/>	10億円	25,000円	23,750円	22,500円	21,250円	20,000円	18,750円	17,500円	16,250円	13,750円	11,250円	8,750円	6,250円
	<input type="checkbox"/>	5億円	20,000円	19,000円	18,000円	17,000円	16,000円	15,000円	14,000円	13,000円	11,000円	9,000円	7,000円	5,000円
	2. カイトダイバー、セーフティダイバー(ディンディレクター/アドバンスダイバー/ダイブリーダー/スキューバインストラクター)													
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		補償開始	1/1~	2/1~	3/1~	4/1~	5/1~	6/1~	7/1~	8/1~	9/1~	10/1~	11/1~	12/1~
	<input type="checkbox"/>	10億円	16,000円	15,200円	14,400円	13,600円	12,800円	12,000円	11,200円	10,400円	8,800円	7,200円	5,600円	4,000円
<input type="checkbox"/>	5億円	14,000円	13,300円	12,600円	11,900円	11,200円	10,500円	9,800円	9,100円	7,700円	6,300円	4,900円	3,500円	
②スノーケリング賠償責任保険 (施設所有(管理者)賠償責任保険) 免責金額(自己負担額)0円	■下記から該当する補償限度額と保険始期(いずれも翌年の1月1日午後4時までの期間となります)にチェックを入れてください。													
	3. スノーケルインストラクター													
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		補償開始	1/1~	2/1~	3/1~	4/1~	5/1~	6/1~	7/1~	8/1~	9/1~	10/1~	11/1~	12/1~
	<input type="checkbox"/>	5億円	8,000円	7,600円	7,200円	6,800円	6,400円	6,000円	5,600円	5,200円	4,400円	3,600円	2,800円	2,000円
	振込保険料 _____ 円													
	お支払い方法	<input type="checkbox"/> 個人でのお支払い(下記へ振込み) <input type="checkbox"/> ダイブセンターからのお支払い												
	入金予定日	年 月 日												
	お振込み先	①三菱UFJ銀行 神田駅前支店 普通預金 0259034 カブシキガイシャ ビーエスエーシー ②ゆうちょ銀行 店番408 普通預金 0833780 カ)ビーエスエーシー *お振込み手数料は、ご加入者の負担とさせていただきます。												
	※同種の危険を補償する他の 保険契約等にご加入している 場合は右記にご記入ください	会社名 :											支払限度額・保険金額 :	
	保険種類 :											満期日 :		
本保険に関してのお客様の 連絡先(担当部署)	TEL(携帯電話でもかまいません。):										担当:			

本保険契約に関する個人情報について、引受保険会社が次の取扱いを行うことに同意のうえ申し込みください。
【個人情報の取扱いについて】
本保険契約に関する個人情報は、引受保険会社が保険引受の審査、保険契約の履行のために利用するほか、引受保険会社および引受保険会社グループ会社が他の商品・サービスのご案内のために利用することがあります。また、上記の利用目的の達成に必要な範囲内で、業務委託先(保険代理店を含みます)、保険仲立人、医療機関、保険金の請求・支払いに関する関係先、一般社団法人日本損害保険協会、他の損害保険会社、再保険会社等に提供することがあります。ただし、保健医療等の特別な非公開情報(センシティブ情報)の利用目的については、保険業法施行規則(第53条の10)に従い、利用目的が限定されています。詳細については、あいおいニッセイ同和損害保険株式会社のホームページ(<http://www.aionissaydowa.co.jp/>)をご覧ください。
ご加入にあたってはBSAC総合補償制度のご案内(パンフレット)をご参照ください。また、ご記入いただいた加入申込票の記載事項のうち※印の項目については、ご加入時に事実を正確にお申し添えていただく義務(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。加入申込票の※印以外の項目につきましても、事実を正確に記載ください。