

2018年度 BSACメンバー傷害保険加入申込票

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メンバーを加入者(被保険者)とする団体総合生活補償保険の団体契約です。

<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)	2018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 — — NI・IT・AI・OWI・CI・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。																																						
BSACメンバー傷害保険	■下記①、②のいずれかを選び、該当する保険金額のプランに✓を入れてください。																																					
	①年間で保険加入の場合 ※翌年1月1日午後4時までの加入期間となります。																																					
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>傷害死亡後遺障害</th> <th>傷害入院保険金日額</th> <th>特約</th> <th>年間保険料</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> 充実プラン</td> <td>2,595千円</td> <td>3,500円</td> <td>天災補償・個人賠償責任1億円 救済者費用1,000万円、携行品30万円</td> <td>10,000円</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> シンプルプラン</td> <td>1,163千円</td> <td></td> <td>天災補償・個人賠償責任1億円 救済者費用1,000万円、携行品30万円</td> <td>5,000円</td> </tr> </tbody> </table>		傷害死亡後遺障害	傷害入院保険金日額	特約	年間保険料	<input type="checkbox"/> 充実プラン	2,595千円	3,500円	天災補償・個人賠償責任1億円 救済者費用1,000万円、携行品30万円	10,000円	<input type="checkbox"/> シンプルプラン	1,163千円		天災補償・個人賠償責任1億円 救済者費用1,000万円、携行品30万円	5,000円																						
		傷害死亡後遺障害	傷害入院保険金日額	特約	年間保険料																																	
<input type="checkbox"/> 充実プラン	2,595千円	3,500円	天災補償・個人賠償責任1億円 救済者費用1,000万円、携行品30万円	10,000円																																		
<input type="checkbox"/> シンプルプラン	1,163千円		天災補償・個人賠償責任1億円 救済者費用1,000万円、携行品30万円	5,000円																																		
②中途加入の場合 ※翌年1月1日午後4時までの加入期間となります。下記2つのプランから選んでご記入下さい。																																						
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>補償開始</th> <th>2/1~</th> <th>3/1~</th> <th>4/1~</th> <th>5/1~</th> <th>6/1~</th> <th>7/1~</th> <th>8/1~</th> <th>9/1~</th> <th>10/1~</th> <th>11/1~</th> <th>12/1~</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>充実プラン</td> <td>9,180円</td> <td>8,330円</td> <td>7,510円</td> <td>6,670円</td> <td>5,840円</td> <td>5,020円</td> <td>4,170円</td> <td>3,330円</td> <td>2,510円</td> <td>1,680円</td> <td>830円</td> </tr> <tr> <td>シンプルプラン</td> <td>4,580円</td> <td>4,160円</td> <td>3,760円</td> <td>3,340円</td> <td>2,920円</td> <td>2,510円</td> <td>2,080円</td> <td>1,660円</td> <td>1,270円</td> <td>850円</td> <td>420円</td> </tr> </tbody> </table>		補償開始	2/1~	3/1~	4/1~	5/1~	6/1~	7/1~	8/1~	9/1~	10/1~	11/1~	12/1~	充実プラン	9,180円	8,330円	7,510円	6,670円	5,840円	5,020円	4,170円	3,330円	2,510円	1,680円	830円	シンプルプラン	4,580円	4,160円	3,760円	3,340円	2,920円	2,510円	2,080円	1,660円	1,270円	850円	420円
補償開始	2/1~	3/1~	4/1~	5/1~	6/1~	7/1~	8/1~	9/1~	10/1~	11/1~	12/1~																											
充実プラン	9,180円	8,330円	7,510円	6,670円	5,840円	5,020円	4,170円	3,330円	2,510円	1,680円	830円																											
シンプルプラン	4,580円	4,160円	3,760円	3,340円	2,920円	2,510円	2,080円	1,660円	1,270円	850円	420円																											
ご契約に際して当社がおたずねする重要な事項(告知事項)です。事実と相違する場合は、ご契約を解除し、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。	<table border="1"> <tr> <td>①</td> <td>※ ①職業名(例)ダイビングショップ勤務 ②職種名(例)ダイビングショップスタッフ</td> <td>※他社での同種の保険契約等 (○の場合は下記にご記入ください)</td> </tr> <tr> <td>②</td> <td></td> <td>○あり</td> </tr> </table>	①	※ ①職業名(例)ダイビングショップ勤務 ②職種名(例)ダイビングショップスタッフ	※他社での同種の保険契約等 (○の場合は下記にご記入ください)	②		○あり																															
①	※ ①職業名(例)ダイビングショップ勤務 ②職種名(例)ダイビングショップスタッフ	※他社での同種の保険契約等 (○の場合は下記にご記入ください)																																				
②		○あり																																				
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	①三菱東京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:	満期日:																																				
本保険に際してのお客様の連絡先(担当部署)	保険種類:	担当:																																				
TEL(携帯電話でもかまいません):																																						
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.aioinissaidowa.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書の記載事項のうち※印の項目については、ご加入時に事実を正確にお申し出いただく義務(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。加入申込書の※印以外の項目につきましても、事実を正確にご記入ください。引受保険会社: あいおいニッセイ同和損害保険株式会社																																						
※他の保険契約等 (注)他の保険会社等における契約を含みます。同種の危険を補償する他の保険契約等(被保険者が同一であり、タフ・ケガの保険、学生・子ども総合保険、タフ・ケガの保険[積立タイプ]等の身体のケガまたは病気に対して保険金が支払われる他の保険契約等があります) <団体契約、生命保険、共済を含みます>。「あり」の場合、被保険者ご本人ごとに、下欄にご記入下さい。																																						
被保険者氏名	傷害死亡・後遺障害保険金額	傷害入院保険金日額	傷害通院保険金日額																																			
	合計 万円	合計 円	合計 円																																			