

FAX: 03-5297-5657



2020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。

以下太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)	2020年 月 日 午後4時 から 翌年1月1日 午後4時まで ヶ月												
メンバー氏名													
住所	〒 -												
BSACメンバーランク	00 — — NI・IT・AI・OWI・CI・PI・TI・DD・AD・DL・SDI・SI												
所属ダイブセンター名 <small>フリーの場合はフリーとご記入ください。</small>													
加入者のランクから下記1、2、3を選び、該当する補償限度額と補償開始月に✓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 2. ダイブディレクター/アドバンスダイバー/ダイブリーダー/スキンドイビングインストラクター 3. スノーケルインストラクター 4. その他	<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	26,000円	23,830円	21,670円	19,500円	17,330円	15,170円	13,000円	10,830円	8,670円	6,500円	4,330円	2,170円
	<input type="checkbox"/> 5億円	21,000円	19,250円	17,500円	15,750円	14,000円	12,250円	10,500円	8,750円	7,000円	5,250円	3,500円	1,750円
	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	17,000円	15,580円	14,170円	12,750円	11,330円	9,920円	8,500円	7,080円	5,670円	4,250円	2,830円	1,420円
	<input type="checkbox"/> 5億円	15,000円	13,750円	12,500円	11,250円	10,000円	8,750円	7,500円	6,250円	5,000円	3,750円	2,500円	1,250円
	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	9,000円	8,250円	7,500円	6,750円	6,000円	5,250円	4,500円	3,750円	3,000円	2,250円	1,500円	750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(携帯電話でも可):											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お申し込みください。
 【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(海外にあるものを含む)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(いずれも海外にあるものを含む)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(https://www.aioinissaydowa.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、お申し出たかかった場合や、お申し出たかった事項が事実と異なる場合には、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。