

学校支援者補償制度 加入依頼書（教育委員会申込専用）

<お申込みFAX送信先>

日本PCA学校支援者補償制度係

FAX 0120-590-279

加入依頼日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

* 下記すべての項目および別紙教育委員会名簿をご記入ください。

<ご加入に際して>

重要事項説明書を確認し、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、加入を依頼します。
事故発生の際に保険契約および保険金請求に関する事項について、損害保険会社等の間で確認することに同意します。

保険契約者：日本PCA教育振興会

保険期間：令和4年4月15日午後4時 から 令和5年4月15日午後4時 まで 1年間（申込締切は 毎月10日 締めで、毎月10日入金締切日、毎月15日補償開始日になります。）

教育委員会名	フリガナ _____	教育長名	フリガナ _____	担当課	フリガナ _____	担当者	フリガナ _____	申込印			
	電話/ _____		FAX/ _____		e-mail/ _____						
ご住所	〒 _____ フリガナ _____		補償型 (○を付けて下さい。)		補償開始月	加入校数	合計保険料				
	_____ 都・道 府・県 _____ 郡・市 町・村 _____		I型				月	校	円		
	フリガナ _____		II型								
	_____		III型								

<告知事項> ★同種の危険を補償するほかの保険契約等に加入している場合は下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 _____ 年 _____ 月 _____ 日

★過去1年間に同種の保険等で保険金の請求をしたことがありますか？ _____ 有・無 _____

★過去1年間に同種の保険等の引受を拒否されたことがありますか？ _____ 有・無 _____

(ご注意) ご記入にあたっては学校支援者補償制度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依頼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。加入依頼書の★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：Chubb 損害保険株式会社

(

) 教育委員会名簿

* 左記の () 内に貴教育委員会名をご記入ください。

No	学 校 名	校長先生	住 所・電 話			ご契約タイプ
	フリガナ	フリガナ	フリガナ	フリガナ	フリガナ	
			都道 府県	郡市 町村		
			電話／ F A X／			
	フリガナ	フリガナ	フリガナ	フリガナ	フリガナ	
			都道 府県	郡市 町村		
			電話／ F A X／			
	フリガナ	フリガナ	フリガナ	フリガナ	フリガナ	
			都道 府県	郡市 町村		
			電話／ F A X／			
	フリガナ	フリガナ	フリガナ	フリガナ	フリガナ	
			都道 府県	郡市 町村		
			電話／ F A X／			
	フリガナ	フリガナ	フリガナ	フリガナ	フリガナ	
			都道 府県	郡市 町村		
			電話／ F A X／			
	フリガナ	フリガナ	フリガナ	フリガナ	フリガナ	
			都道 府県	郡市 町村		
			電話／ F A X／			
	フリガナ	フリガナ	フリガナ	フリガナ	フリガナ	
			都道 府県	郡市 町村		
			電話／ F A X／			
	フリガナ	フリガナ	フリガナ	フリガナ	フリガナ	
			都道 府県	郡市 町村		
			電話／ F A X／			