

日環協・環境測定分析業務賠償責任保険制度加入申込票 兼 告知書

(兼 見積依頼書)

保険の種類	請負業者賠償責任保険
-------	------------

加入申込票(付属書類を含みます。)には事実を正確にご回答(記入)ください。※印の項目は危険に関する重要な事項であり、ご回答内容が事実と相違する場合または事実を記載しなかった場合はご加入を解除し、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のうえご回答(記入)ください。

証券番号	N E 8 2 9 7 2 5 6 4
------	---------------------

(一社) 日本環境測定分析協会 御中

下記の通り本制度に加入します。

申込日: 20 年 月 日

申 込 人	住所	〒		
	社名・代表者名	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るとともに、申込内容が意向に沿ったものであることを確認し、個人情報の取扱いに同意のうえ加入を申し込みます。 印 ご担当者名:		
	TEL	F A X		
	Eメール	@		

〈ご加入コース〉…ご希望のコースを○で囲んでください。(特約:対象業務に関する特約をいい、環境測定分析業務以外の業務も補償の対象とする)

<input type="radio"/> A1	<input type="radio"/> AA1	<input type="radio"/> A2	<input type="radio"/> AA2	<input type="radio"/> A3	<input type="radio"/> AA3	<input type="radio"/> B1	<input type="radio"/> BB1	<input type="radio"/> B2	<input type="radio"/> BB2	<input type="radio"/> B3	<input type="radio"/> BB3	<input type="radio"/> 特約
--------------------------	---------------------------	--------------------------	---------------------------	--------------------------	---------------------------	--------------------------	---------------------------	--------------------------	---------------------------	--------------------------	---------------------------	--------------------------

フリープラン(A3型、AA3型またはB3型、BB3型)にご加入をご希望される場合は、ご希望の支払限度額(5000万円超)をご記入ください。

	1事故につき	保険期間中につき		1名につき	1事故につき	保険期間中につき
A3型 AA3型	万円		B3型 BB3型	万円		

この保険契約の普通保険約款およびセットされる特別約款、特約の規定に基づき、確定保険料の計算に用いる保険料算出の基礎数値を下記のとおり告知します。

把握可能な最近の会計年度(1年間)の終期	年	月	日
----------------------	---	---	---

保 険 料	把握可能な最近の会計年度(1年間)の売上高※ (単位:千円)		×	加入型の適用料率	=	保 険 料 (円位四捨五入・十円単位)
	主契約	環境測定分析業務				
	特約	環境測定分析業務以外(★)	千円(注1) (てい減後の売上高)	×	=	円
			千円(注2)			円

★対象物に物理的な変化・圧力を加えない調査業務に限りです。

物理的な変化・圧力を加える業務を補償対象にご希望の場合は別途取扱代理店までお問い合わせ願います。

(注1) 売上高は、千円単位で正確な数値をご通知ください。

(注2) 売上高が2億円を超える場合は、売上高のてい減があります。取扱代理店までご照会ください。

合計 保険料	円
-----------	---

〈保 険 期 間〉	20 年 月 1日 ~ 2020年11月 1日
-----------	-------------------------

- 〈ご加入手続方法〉
- ①本紙の上記項目をご記入のうえ、取扱代理店までFAX(03-3639-0580)送信してください。
なお、保険料計算誤りを防止するため、貴社で計算された場合も必ずFAXにてご照会いただきますようお願いいたします。
 - ②取扱代理店にて保険料を算出し、貴社にFAXにて返信いたします。
 - ③本加入申込票兼告知書に保険料を転記のうえ、代表者役職印を押印いただき、本紙を取扱代理店までご郵送ください。

※他の保険 契約等	この保険契約で保険金のお支払対象となる損害を補償する他の保険契約等がある。 (ありのときは右欄に記入。記入がない場合は「なし」となります。)	保険会社	保険金額・支払限度額
		保険種類	過去3年間における事故 (あり) ⇒ ありの場合 回

見積依頼FAX送信先 → 取扱代理店 丸紅セーフネット株式会社 〒102-0084 東京都千代田区二番町3 麹町スクエア3階
申込書送付先 TEL 03-5210-2760 FAX 03-5210-2915

代理店(会社) 確認欄

資料等の閲覧により、お客さま内部の資料に記載の「数値」と告知書記載の「保険料算出の基礎数値」が一致していることを確認した。
(確認した資料名(任意):)

確認者印

部店課支社
会社確認欄
代理店・扱者/仲立人

確認者印