

教職員賠償責任保険 加入依頼書

※加入依頼書はお手数ですがコピーをお取りいただき大切に保管してください。

ご加入時の確認事項

私は、静岡県教職員生活協同組合の組合員であることを確認し、団体に対してこの保険契約への加入を依頼します。
また、私は下記記載の「個人情報の取扱いに関するご案内」の内容について確認の上、同意いたします。

下記項目は必ず全てご記入ください。

※太枠内を訂正する場合は、必ず訂正印押印または訂正署名のうえ、正しい内容をご記入ください。

★または☆が付された事項は、ご加入に関する重要な事項（告知事項）です。これらに事実と異なる記載をした場合やこれらに事実を記載しない場合は、ご加入を解除することができます。

ご加入後に☆が付された事項（通知事項）に内容の変更が生じた場合はその内容を、被保険者が教職員等でなくなった場合はその日をすみやかにご加入の取扱代理店または引受保険会社にご連絡いただく義務があります。ご連絡がない場合は、保険金をお支払いできないことがあります。また変更の内容によってご加入を解除することができます。

加入（変更）依頼日	20 年 月 日			申込区分	新規加入	中途加入	変更	脱退	
保険（補償）期間	20 年 月 1 日午後4時 ~ 2027 年 4 月 1 日 午後4時								
学校名									
学校コード					組合員コード				
（フリガナ）									
☆加入者(被保険者) 氏名	※自署をお願いします。（ご加入時の確認事項確認印兼用）								
（フリガナ）									
住 所	〒 -	都府道県	市区郡	区村町					
連絡先	TEL（職場） - -			TEL（自宅） - -					
★告知事項申告欄 どちらかに ○をお付けください	1. 本保険で補償の対象となる危険について、過去5年以内に損害賠償請求を受けたことがありますか（過去に引受保険会社と締結した保険契約の申込み時において、すでに告知いただいたものを除きます。）。						はい	いいえ	
	2. 本保険で補償の対象となる危険について、将来損害賠償請求を受けるおそれのある事実がすでに発生していることを知っていますか（過去に引受保険会社と締結した保険契約の申込み時において、すでに告知いただいたものを除きます。）。						はい	いいえ	
	上記1~2のいずれかが「はい」の場合は、損害賠償請求およびその原因となる事実の具体的な内容をご記入ください。								
	3. 他の保険契約等の有無 (共済契約を含みます。) 「あり」の場合は太枠内をご記入ください。		あり →	会社名		保険金額 (支払限度額)			
		なし	保険等 の種類		満期日				

個人情報の取扱いに関するご案内

保険契約者である静岡県教職員生活協同組合は東京海上日動火災保険株式会社に本契約に関する個人情報を提供いたします。東京海上日動火災保険株式会社および東京海上グループ各社は、本契約に関する個人情報を、保険引受けの判断、本契約の管理・履行、付帯サービスの提供、他の保険・金融商品等の各種商品・サービスの案内・提供、アンケート等を行うために利用する他、下記①から⑥の利用・提供を行うことがあります。なお、保健医療等の特別な非公開情報（センシティブ情報）の利用目的は、保険業法施行規則により、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定されています。

- ①本契約に関する個人情報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、金融機関等に対して提供すること
- ②契約締結、保険金支払い等の判断をするうえでの参考するために、他の保険会社、一般社団法人日本損害保険協会等と共同して利用すること
- ③東京海上日動火災保険株式会社と東京海上グループ各社または東京海上日動火災保険株式会社の提携先企業等との間で商品・サービス等の提供・案内のために、共同して利用すること
- ④再保険契約の締結、更新・管理、再保険金支払等に利用するために、国内外の再保険引受け会社等に提供すること
- ⑤質権、抵当権等の担保権における担保権の設定等に係る事務手続きや担保権の管理・行使のために、その担保権者に提供すること
- ⑥契約の安定的な運用を図るために、保険の対象となる方の保険金請求情報等（過去の情報を含みます。）を静岡県教職員生活協同組合およびご加入者に対して提供すること

詳しくは、東京海上日動火災保険株式会社のホームページ(www.tokiomarine-nichido.co.jp)をご参照ください。