

## 全地連業務災害補償プラン 加入申込票

下記のとおり、全地連業務災害補償プランに申し込みます。

※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、保険金をお支払できないことがありますので、十分にご確認いただき、ご記入ください。

保険契約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。

|                       |       |      |       |  |   |
|-----------------------|-------|------|-------|--|---|
| ご加入会社<br>(申込人 記名被保険者) | 会員会社名 | フリガナ | 加入者番号 |  | 印 |
|                       | 代表者名  |      |       |  |   |
|                       | 住所    | フリガナ |       |  |   |
|                       |       | 〒    |       |  |   |
|                       | ご担当者  |      | 部署・役職 |  |   |
| TEL                   |       | FAX  |       |  |   |
| MAIL                  |       |      |       |  |   |

## ●保険期間・保険料算出の基礎

保険期間 : 2021年 月 日午後4時 から 2022年9月1日午後4時まで

|           |       |       |       |         |     |
|-----------|-------|-------|-------|---------|-----|
| 保険料算出の基礎※ | ※事業内容 | 建設業以外 | 売上高割合 | 主たる事業種類 | コード |
| 売上高       |       |       | %     |         |     |
| 千円        |       | 建設業   | 売上高割合 | 主たる事業種類 | コード |
|           |       |       | %     |         |     |

## ●リスク診断割引

| No. | ヒアリング項目  | チェック   |
|-----|--|--|
| 1   | 保険契約締結時点で、ISO9001、ISO14001、ISO22000、ISO45001、HACCPのいずれかの認証を取得済（全事業所・一部事業所を問いません。）である。  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 2   | 安全衛生管理規定を作成している、または中小企業庁「事業継続力強化計画」の認定を受けている。  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 3   | 「ゼロ災運動」、「危険予知訓練（KYT）」等、職場の安全管理に取り組んでおり（中央労働災害防止協会への登録の有無は問いません。）、文書（電子媒体形式を含みます。）により、その記録が確認できる。   | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 4   | 保険契約締結時点の自動車保険の割引が以下の条件に該当する。<br>（引受保険会社は問いません。）<br>・フリート契約（注1）の場合・・・優良割引20%以上<br>・ノンフリート契約の場合・・・全車7等級以上（注2・3・4）<br>（注1）記名被保険者が自動車保険のフリート契約者で、業務災害補償保険の契約締結時点で資格審査期間中の場合、記名被保険者を「ノンフリート契約者」とします。<br>（注2）自動車保険（ノンフリート契約）が長期契約である場合、「自動車保険が1年契約だった場合における保険契約締結時点の等級」とします。<br>（注3）業務災害補償保険の継続契約または中途更改後の新契約で、直前の契約期間中に新規取得した6等級の車両がある場合、他の全車両が7等級以上のときは、全車7等級以上とします。<br>（注4）自動車を1台も保有していない場合も、自動車運転リスクがないことから、全車7等級以上とみなすことができます。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 5   | 経済産業省「健康経営優良法人認定制度」、厚生労働省「安全衛生優良企業公表制度」または国土交通省「運転者職場環境良好度認証制度」（三つ星）のいずれかの認定を受けている。（全事業所・一部事業所を問いません。）   | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |

●ご加入内容

| 補償内容               | 補償対象者①<br>(役員)  | 補償対象者②<br>(従業員/下請負人・備車運転者<br>/派遣労働者等管理中の者)  |
|--------------------|---|---|
| 死亡・後遺障害補償保険金支払特約   | 千円  | 千円  |
| 入院・手術補償保険金支払特約     | 円   | 円   |
| 通院補償保険金支払特約        | 円   | 円   |
| 通院補償金支払に関する特約      | (有)・(無)   | (有)・(無)   |
| 医療費用補償保険金支払特約      | 千円  | 千円  |
| 休業補償保険金支払特約        | 日額: 円<br>補償期間: 90日・180日・365日・730日<br>免責期間: 0日・7日・14日  | 日額: 円<br>補償期間: 90日・180日・365日・730日<br>免責期間: 0日・7日・14日  |
| フルタイム補償特約          | (有)・(無)   | (有)・(無)   |
| 労災認定身体障害追加補償特約     | (有)・(無)   | (有)・(無)   |
| 天災危険補償特約           | (有)・(無)   | (有)・(無)   |
| 天災危険補償支払限度額設定特約    |   |   |
| 使用者賠償責任補償特約        | 1名につき 千円<br>1災害につき 千円   | 1名につき 千円<br>1災害につき 千円   |
| 雇用慣行賠償責任補償特約       | 1000千円・2000千円・3000千円  | 1000千円・2000千円・3000千円  |
| 事業者費用補償(ワイド・実損型)特約 | 千円  | 千円  |
| コンサルティング費用補償特約     | (有)・(無)   | (有)・(無)   |
| メンタルヘルス対策費用特約      | (有)・(無)   | (有)・(無)   |
| その他                | <input type="checkbox"/> 事業者費用補償(ベーシック・実損型)特約<br><input type="checkbox"/> 後遺障害等級第1～7級限定補償特約<br><input type="checkbox"/> 使用者賠償限定補償<br>(死亡・後遺障害第1～7級)特約<br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 事業者費用補償(ベーシック・実損型)特約<br><input type="checkbox"/> 後遺障害等級第1～7級限定補償特約<br><input type="checkbox"/> 使用者賠償限定補償<br>(死亡・後遺障害第1～7級)特約<br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |

●保険料払込方法

|                                  |                                       |
|----------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 年払(一括払) | <input type="checkbox"/> 月払(12回払)口座振替 |
|----------------------------------|---------------------------------------|

●保険料

|            |       |
|------------|-------|
| 年払(一括払)保険料 | 円     |
| 月払保険料      | 円(年間) |

●同種の他の保険契約について

|   |               |       |      |           |
|---|---------------|-------|------|-----------|
| ※他の保険契約等<br>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がある。(ありの時は右欄に記入、なしの場合には記入不要です。) | 保険会社          |       | 保険種類 |           |
|   | 保険金額<br>支払限度額 |       |      |           |
|   | 過去3年間における事故   | あり・なし | →    | ありの場合( )回 |

【お問い合わせ先】

幹事代理店：株式会社ジオ・ビジネスサービス TEL：03-3518-4900 FAX：03-3518-4901