

## 全地連業務災害補償プラン 見積依頼書

下記のとおり、全地連業務災害補償プランの見積を依頼します。

|                       |       |           |       |       |   |
|-----------------------|-------|-----------|-------|-------|---|
| （申込人・記名被保険者）<br>ご加入会社 | 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<br>〒 |       |       |   |
|                       | 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：令和6年 月 日午後4時 から 令和7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 |
| 売上高      |                                                                                     |      |       | %     |         |
| 千円       |                                                                                     |      | 建設業   | 売上高割合 | 主たる事業種類 |
|          |                                                                                     |      |       |       | %       |

### ●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）記名被保険者の自動車保険がフリート契約で、業務災害補償保険の保険契約締結時点で資格審査期間中の場合、「ノンフリート契約」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

以下項目へのご回答をお願いいたします。

補償内容の詳細につきましては、パンフレットの7・8頁をご参照ください。

※その他の補償をご希望されます場合には、以下のお問い合わせ先へご連絡ください。

| 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                                                    |
| 傷害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                                                  |
| 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       | 10000千円・20000千円・30000千円                              | 10000千円・20000千円・30000千円                              |
| 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                                                  |

●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 |
|----------------------------------|---------------------------------------|

●見積依頼書の送信先

|            |                                                    |
|------------|----------------------------------------------------|
| 送信先メールアドレス | geo-info@zenchiren-geo.co.jp<br>(株式会社ジオ・ビジネスサービス宛) |
|------------|----------------------------------------------------|

【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