

加入依頼書

00 名古屋

金額	千	百	十	万	千	百	十	円
	*			1	8	7	0	0

加入者名	愛知産業大学グループ生徒総合保障制度	料金		備考	
------	--------------------	----	--	----	--

ご依頼人・通信欄	加入者(保護者)※	郵便番号	-	電話番号1	-	電話番号2	-			
		住所(漢字)								
		私は裏面「ご加入時の同意内容について」を確認し、契約者である企業・団体に対して加入を依頼します。(加入依頼日:日附印の通り)	加入タイプ	A						
		(フリガナ) 氏名(払込人) (自署)	扶養者	氏名(漢字)	学生との続柄(コード)					
被保険者(学生)※	住居区分	自宅通学 1	自宅以外 2	住所(漢字)						
	(フリガナ)	性別	015 学部(カタカナ)	コウギョウコウコウ	☆ 公的医療保険制度(コード)					
	氏名(漢字)	男 1 女 2	★ 生年月日	昭和 1 平成 2	年	月	日			
	★ 他の保険契約等	あり 1	☆ 学生が継続的に従事している職業・職務			原票種類	Y001			
始	学	①	営	37U2	代	5566	契	SY226	種	① ②

切り取らないでお出しください。

加入申込日
令和4年 月 日

受験番号

これより下部には何も記入しないでください。

日附印

【ご加入に際して】

私と被保険者は、以下の事項について確認・同意のうえ、加入を依頼します。

- ①被保険者欄記載の者が保険契約者である学校法人愛知産業大学の生徒・学生であること ②重要事項説明書の内容 ③ご加入内容確認事項の内容 ④下記の「個人情報の取扱いに関するご案内」の内容

個人情報の取扱いに関するご案内

保険契約者である企業または団体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とするために、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、再保険引受会社等に提供すること
- ⑤質権、抵当権等の担保権者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更新契約に係る保険引受の判断等、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。)をご契約者および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。

告知事項	他の同種の保険契約 ①保険会社名： ②保険金額： ③保険種類： ④満期日：
	①保険会社名： ②保険金額： ③保険種類： ④満期日：

制服採寸日 3月22日(火)に提出してください。

生徒総合保障制度 加入依頼書記入例・高校

加入依頼書

00	名古屋	金額		千	百	十	万	千	百	十	円					
											1	8	7	0	0	
加入者名	愛知産業大学グループ生徒総合保障制度										料金		備考			
ご依頼人・通信欄	郵便番号	460 - 0001	電話番号1	052 - 201 - 1111			電話番号2	090 - 1111 - 1111								
	住所(漢字)	名古屋市中区丸の内1-1-1														
	住所(フリガナ)	アイチ クロウ														
加入者(保護者)※	氏名(漢字)	愛知 太郎			扶養者	氏名(漢字)				学生との続柄(コード)	03	加入タイプ	A			
被保険者(学生)※	住所(フリガナ)	アイチ イチロウ			性別	男	015 学部(カタカナ)	コウコウ			☆ 公的医療保険制度(コード)					
	氏名(漢字)	愛知 一郎			★ 生年月日(昭和)	18年4月5日										
	★ 他保険契約等(フリガナ)	あり										原票種類	Y001			
	☆ 学生が継続的に従事している職業・職務(フリガナ)	あり										種	① ②			
始	学	①	管	37U2	代	5566	契	SY226				種	① ②			

加入申込日
令和4年 月 日

記入日をご記入下さい

受験番号
〇〇〇〇
忘れずにご記入ください。

電話番号1: 自宅の電話番号
電話番号2: その他日中の連絡先(勤務先・携帯電話など)
をご記入下さい。

生徒から見た続柄を、下記「コード一覧」からコードでご記入ください。

生徒(被保険者)本人からみた続柄			
父母	03	兄弟姉妹	05
祖父母	06	その他親族	08
本人	01	配偶者	02

切り取らないでお出しください。

これより下部には何も記入しないでください。

※該当する事項がない場合は、
ご記入は不要です。

フルネームでご署名をお願いします。フリガナの記載もお願いします。
扶養者と加入者が異なる場合は扶養者氏名のあとに()として
加入者氏名を加入者が自署してください。

- 注) 扶養者として指定できるのは、お子様(被保険者-保険の対象となる方)の親権者であり(*)、かつ、お子様の生活費および学業費用の全部または一部を継続的に負担して、お子様の生計を主に支えている方となります。(*成年に達した場合にはこの限りではありません。
注) 他保険契約等(ご加入の保険契約の全部または一部に対して支払責任が同じである他の保険契約または共済契約をいいます。)がある場合には○をし、加入依頼書本紙の裏面に具体的な内容(保険会社・共済会社、商品名、満期日、保険金額)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あります。また、☆が付された事項に内容の変更が生じた場合には、遅滞なく弊社にご連絡ください。ご連絡がない場合はご加入を解除することがあります。ご加入を解除する場合、保険金をお支払いできないことがありますので、ご注意ください。

加入依頼書・裏面の記入方法

・他の保険契約がある場合の記入例

告知事項	他の同種の保険契約 ①保険会社名: ○○海上保険 ②保険金額: 100万円 ③保険種類: 傷害保険・死亡保険金 ④満期日: 2023年10月3日
	①保険会社名: ②保険金額: ③保険種類: ④満期日: