

29年度 チーム登録名簿

加入申込日 平成 年 月 日

(スポーツチーム総合保険:加入申込票・被保険者名簿)

●対象となるスポーツ:ソフトボール

町田市ソフトボール連盟	御中	証券番号	F177733888
-------------	----	------	------------

※この契約は、町田市ソフトボール連盟を保険契約者とし、連盟所属チームのメンバーを被保険者(補償の対象となる方)とするスポーツチーム総合保険の団体契約です。

保険期間(ご契約期間) 平成 29 年 4 月 1 日午後4時から 30 年 4 月 1 日午後4時まで

チーム名	登録年月日	S. H 年 月 日
------	-------	------------

代表者 (加入依頼者)	住所	〒
	氏名	フルネームで署名してください

重要事項のご説明およびご加入内容確認事項について確認し、申込内容が意向に沿ったものであることを確認するとともに個人情報の取り扱いに同意のうえ、加入を申し込みます。

No.	氏名(被保険者)	住所	電話番号	背番号	生年月日	※他の保険契約等			
1		〒			S. H	保険会社	保険金額 支払限度額	保険種類	満期日
2		〒			S. H	保険会社	保険金額 支払限度額	保険種類	満期日
3		〒			S. H	保険会社	保険金額 支払限度額	保険種類	満期日
4		〒			S. H	保険会社	保険金額 支払限度額	保険種類	満期日
5		〒			S. H	保険会社	保険金額 支払限度額	保険種類	満期日
6		〒			S. H	保険会社	保険金額 支払限度額	保険種類	満期日
7		〒			S. H	保険会社	保険金額 支払限度額	保険種類	満期日
8		〒			S. H	保険会社	保険金額 支払限度額	保険種類	満期日
9		〒			S. H	保険会社	保険金額 支払限度額	保険種類	満期日
10		〒			S. H	保険会社	保険金額 支払限度額	保険種類	満期日

ページ計	名	→	チーム合計	名	▶	保険料	円
------	---	---	-------	---	---	-----	---

ご加入にあたっては、パンフレットをご参照ください。また、重複する他の保険契約等がある場合は、「※他の保険契約等」欄にご記入ください。
 ※印の項目については、ご契約時に事実を正確に申し出てください(告知義務)があります。故意や重大な過失により申し出いただかなかった場合や、お申し出いただいた事項が事実と異なっている場合には、ご契約を解除し、保険金をお支払いできないことがあります。ご加入に際して、今一度お確かめください。

引受保険会社:
あいおいニッセイ同和損害保険(株)

<ご加入内容確認事項>

私(加入申込人)は、自分が所属する団体に対して、当該団体が引受保険会社と締結する団体保険契約への加入を以下のとおり依頼します。以下加入申込票に記載のない加入条件(適用約款・特約、保険金額など)は、当該団体により定められるものであることを確認します。私(被保険者)は、団体保険契約に関する情報を引受保険会社に提供することに同意します。また、私(被保険者)は引受保険会社に提供された情報が、適切な保険の引受、万一保険事故が発生した場合の円滑かつ適切な保険金の支払い、保険契約に付帯されるサービスのご提供のほか、更改のご案内、保険制度の健全な運営(再保険契約に伴う諸手続きを含みます)、商品のご提案、グループ会社および提携先の商品・サービスのご提案・ご提供等に利用されることに同意します。(引受保険会社は、あいおい

(2016年11月承認)A16-103265

チーム名	
------	--

