

# 一般社団法人エメラルド倶楽部会員向け 「ビジネスマスター・プラス」加入依頼書

(  新規 ・  中途加入 )


※該当項目に○を付けてください。

一般社団法人エメラルド倶楽部 御中

保険期間：2018年 11月 1日 午後4時 から 2019年 11月 1日 午後4時迄 (新規の場合)  
 保険期間： 年 月 日 午後4時 から 2019年 11月 1日 午後4時迄 (中途加入の場合)

※ご加入時の確認事項：申込者または加入者は、重要事項等（パンフレット）の内容を確認・同意のうえ、加入を依頼します。

お申込日	平成 年 月 日	
フリガナ		
ご連絡先	〒 - - Tel. - -	
フリガナ		
被保険者名 (代表者名)		
ご担当者	所属部署：	氏名：

重要事項等の内容を確認・同意のうえ、加入依頼書の記載内容にしたがい契約加入を依頼します。  


契約方式 (加入するプランに○印)	<input type="radio"/> 企業包括方式	<input type="radio"/> 事業所限定方式
保険の種類 (加入するプランに○印)	<input checked="" type="radio"/> ビジネスプラン	
補償プラン (加入するプランに○印)	<input type="radio"/> ワイドプラン	<input type="radio"/> エコノミープラン

※下記4つのユニットから2つ以上を選択のうえ、セットするユニットに○を記載してください。

物損害ユニット	1事故あたり 限度額	<input type="radio"/> 1,000万円	<input type="radio"/> 3,000万円	<input type="radio"/> 5,000万円	<input type="radio"/> 1億円	<input type="radio"/> 2億円	<input type="radio"/> 3億円	<input type="radio"/> 5億円
休業ユニット	1事故あたり 限度額	<input type="radio"/> 1,000万円	<input type="radio"/> 3,000万円	<input type="radio"/> 5,000万円	<input type="radio"/> 1億円	<input type="radio"/> 2億円	<input type="radio"/> 3億円	<input type="radio"/> 5億円
賠償ユニット	1事故あたり 限度額	<input type="radio"/> 5,000万円	<input type="radio"/> 1億円	<input type="radio"/> 3億円	<input type="radio"/> 5億円	<input type="radio"/> 10億円		
	自己 負担額	<input type="radio"/> 0円	<input type="radio"/> 1万円	<input type="radio"/> 5万円	<input type="radio"/> 10万円			

傷害 ユニット	事業種類等	事業種類コード ※政府労災のコード	事業種類名称	補償対象者の範囲 ※役員全員/事業主本人を選択する場合は点線に○を記載願います。		
				<input type="radio"/> 役員全員/	<input type="radio"/> 正規従業員	<input type="radio"/> 臨時雇全員
	補償区分	業務上		業務外		臨時費用
	死亡・後遺障害	千円		千円		千円
	入院(日額)	円		円		円
	通院(日額)	円		円		円
	入院一時金	円		円		入院一時金基準日数
退院療養一時金	円		円		退院療養一時金基準日数	
休業(日額)	円		休業てん補期間			

※付帯する特約については別紙特約一覧で選択となります。

直近会計年度の売上高 ※消費税含む ※海外事業含む	百万円 (百万円未満は切捨)	延床面積 ※ビジネスプランのうち 「専門サービス業」の場合に記載	m <sup>2</sup>
業務内容		災害補償規定の有無 (○印)	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 無し
(確定・暫定) (○印) 一時払保険料	円	確定精算不要 (○印)	同意する※ <input type="radio"/> 同意しない ※以後のご契約に保険料の確定に関する特約 条項が付帯されます。
他の保険契約加入の有無 (○印) ※「有」の場合は、その保険会社、 保険期間、証券番号を記載。	<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無し	保険会社： <input type="text"/> 証券番号： <input type="text"/> 保険期間： 年 月 日～ 年 月 日	
引受保険会社	損害保険 ジャパン日本興亜株式会社		

社内使用欄	明細番号	取扱 代理店
-------	------	-----------

【別紙】

## 「ビジネスマスター・プラス」付帯特約一覧表

ご選択いただいたプランとセットする特約に○印をお願いします。

### ビジネスプラン

○印	ユニット	特約コード	特約名称
	物損害	P 2	現金盗難損害補償特約
		P 3	冷凍損害補償特約
		P 4	情報メディア等損害補償特約
		P 7	地震危険補償特約（物損害担保条項用）
	賠償	L 2	リコール費用限定補償特約
		L 3	リコール費用補償特約
		L 4	第三者医療費用補償特約
		L 5	傷害見舞費用補償特約
		L 6	食中毒・感染症利益補償特約
		L 7	製造物災害補償特約
		賠償・傷害	L E
	L F		死亡のみ補償特約（使用者賠償責任補償特約用）
	傷害	A 1	天災危険補償特約
		A N	脳・心疾患等補償特約
		A 4	後遺障害補償保険金の追加支払に関する特約
		A 5	後遺障害補償保険金支払割合変更特約（第1級～第7級限定型）
		A 6	後遺障害補償保険金支払割合変更特約（重度後遺障害倍額支払型）
		A 7	後遺障害補償保険金支払割合変更特約（中度・重度後遺障害倍額支払型）
		A 8	入院補償保険金および手術補償保険金支払日数延長特約（365日用）
		A 9	入院補償保険金および手術補償保険金支払日数延長特約（730日用）
		A A	入院補償保険金および手術補償保険金支払日数延長特約（1,000日用）
		A P	雇用慣行賠償責任補償特約
		A Q	補償対象者追加特約（校内下請負人等追加用）
		D 1	保険金支払に関する特約