

2024年度

※裏面も必ずご確認ください。

加入依頼日

年 月 日

提出先：株式会社全福サービス

コード番号

(公財) 介護労働安定センター 宛

情報漏えい保険加入依頼書

<ご加入時の確認事項>

私は、自分が保険契約者の構成員であることを確認のうえ、団体に対して以下のとおり加入を依頼します。また、裏面記載の「個人情報の取扱いに関するご案内」の内容について、確認のうえ、同意します。

ご加入者 (記名被保険者) 法人 事業所名 代表者名 ☆	フリガナ	担当者名			法人印 ご加入時の確認事項 確認印兼用 印	
所在地	フリガナ					
	〒					
	TEL	FAX	mail			
送付先住所 ※上記住所と異なる場合 ご記入ください。	フリガナ					
	〒					
4月1日 加入	下表の該当のタイプに○をご記入ください。					
中途加入	加入月	<input type="text"/>	月	※保険期間は裏面の「保険期間（補償期間）」をご確認ください。		
	保険料は別紙保険料表をご参照ください。中途加入保険料	<input type="text"/>	円			
タイプ	賠償責任部分支払限度額(1請求・保険期間中)		サイバーセキュリティ事故対応費用部分 支払限度額(1事故または1請求・保険期間中)			
Aタイプ	5,000万円 (免責：1請求につき10万円)		2,000万円 (免責：1事故または1請求につき10万円)			
Bタイプ	3,000万円 (免責：1請求につき10万円)		1,000万円 (免責：1事故または1請求につき10万円)			
Cタイプ	1,500万円 (免責：1請求につき10万円)		500万円 (免責：1事故または1請求につき10万円)			
役員+職員の人数 <input type="text"/> 人	年間保険料					
	Aタイプ	Bタイプ	Cタイプ			
1名~10名	<input type="radio"/> 19,950円	<input type="radio"/> 15,750円	<input type="radio"/> 12,610円			
11名~20名	<input type="radio"/> 39,900円	<input type="radio"/> 31,500円	<input type="radio"/> 25,220円			
21名~30名	<input type="radio"/> 59,850円	<input type="radio"/> 47,250円	<input type="radio"/> 37,830円			
31名~40名	<input type="radio"/> 79,800円	<input type="radio"/> 63,000円	<input type="radio"/> 50,440円			
41名~50名	<input type="radio"/> 99,750円	<input type="radio"/> 78,750円	<input type="radio"/> 63,050円			
※51名以上、または中途加入の保険料は代理店にお問合せ、または代理店ホームページの資料をご確認ください。						
告知事項 申告欄 (必須)★	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	1. 他の同種の保険契約または共済契約がありますか。	左記が「はい」の場合、その具体的な内容をご記入ください。	会社名	保険等の種類	
				満期日	支払限度額	
	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	2. 本保険で補償の対象となる危険について、過去5年以内に損害賠償請求を受けたことがありますか（過去に東京海上日動火災と締結した保険契約の申込み時において、すでに告知いただいたものを除きます。）。				
	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	3. 本保険で補償の対象となる危険について、将来損害賠償請求を受けるおそれのある事実がすでに発生していることを知っていますか（過去に東京海上日動火災と締結した保険契約の申込み時において、すでに告知いただいたものを除きます。）。				
	4. 上記2、3のいずれかが「はい」の場合は、その具体的な内容を右記に記入してください。					

★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。ご加入時に告知事項について正確にお答えいただく義務があります。お答えいただいた内容が事実と異なる場合や告知事項について事実を記載しない場合は、ご加入を解除し、保険金をお支払いできないことがあります。また、ご加入後に加入依頼書等に☆が付された事項（通知事項）に内容の変更が生じることが判明した場合は、すみやかにご加入の代理店または引受保険会社にご連絡いただく義務があります。ご連絡がない場合は、保険金をお支払いできないことがあります。また、変更の内容によってご契約を解除することがあります。

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、国内外の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。）をご契約者およびご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。

受付

保険期間 (補償期間)	2024年4月1日午前0時 ~ 2025年3月31日午後12時 中途加入の場合、 加入依頼書受付日もしくは保険料領収日のいずれか遅い日の 翌日午前0時 ~ 2025年3月31日午後12時
----------------	--

<ご加入手続き方法>

本紙にご捺印いただき、本紙を下記までご郵送またはFAXでご提出ください。別途ご案内する専用の口座にお振り込みください。

取扱代理店：(株)全福サービス

〒101-0041 東京都千代田区神田須田町1-4-8

NCO神田須田町5F

TEL 03-3252-2035

FAX 03-3258-8878



FAX 送信票

送 信 先：(株)全福サービス
F A X 番 号：0 3 - 3 2 5 8 - 8 8 7 8

保険料のお振込み先は、法人様ごとに口座番号を設定しております。

新規お申込み、または専用口座がご不明な場合は、下記にご記入の上、加入依頼書とともに全福サービスまで FAX 送信してください。のちほど振込先をご案内いたします。

該当の項目にレを付けてください	<input type="checkbox"/> 更新	<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 事業追加
法 人 名			
事 業 所 名			
住 所	〒		
電 話 番 号			
ご希望の口座の連絡先に○をしてください		FAX 番号	
		Mail アドレス	
担 当 者 様			
◆新規お申込みの場合◆ 現在指定を受けている、あるいは指定を受ける予定の介護保険法に基づくサービス、障害者総合支援法に基づくサービス等をご記入ください。		例) 訪問介護	
連絡事項			