

**(公社) 全国シルバー人材センター事業協会 D&O団体制度
ご質問書 兼 告知事項申告書**

東京海上日動火災保険株式会社 宛

記入日

保険期間 (yyyy/mm/dd形式で記載してください)		～	2027/4/1
---------------------------------	--	---	----------

<記入上の注意>

弊社の会社役員賠償責任保険契約をお申し込みいただくにあたり、本申告書に所定事項を記入してください。

本申告書は、普通保険約款第12条（告知義務）に規定する「保険契約申込書その他の書類」の一部に該当しますので、各項目のご記入は正確にお願いいたします。

★印の付された項目は、ご契約に関する重要な事項（告知事項）です。これらの項目のご申告内容に事実と異なる記載がある場合は、保険契約を解除し、解除前に発生した事故について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。

1. 財務状況、損害賠償請求のおそれ等に関する事項

番号	ご質問事項	ご回答欄 ※該当するものにレ点を記載してください。		
(1)	★過去5年以内に、記名法人について、会計監査人の監査報告書において不適正意見もしくは限定意見を表明されたこと、または財務状況の安定性について指摘を受けたことがあります。 *「有」の場合は、該当の監査報告書の写しを添付してください。		有	無
(2)	★過去10年以内に、役員の職務遂行に起因して、使用人もしくは取引先その他の第三者または社員から、記名法人またはこれらの役員に対して、損害賠償請求がなされたことがあります。 *「有」の場合は、別紙にその概要をご記入ください。（様式は問いません。）		有	無
(3)	★現在、使用人もしくは取引先その他の第三者または社員から、記名法人または役員に対して、損害賠償請求がなされるおそれのある状況（＊1）がありますか。 * 1 <代表訴訟制度がある法人のみ> 社員等から、記名法人に対して、役員の責任追及等の訴えの提起の請求がなされたことまたはなされるおそれのある状況を含みます（＊2）。 * 2「有」の場合は、別紙にその概要をご記入ください。（様式は問いません。）		有	無
(4)	★過去10年以内に、記名法人が不祥事について第三者委員会を設置したことがあります。また、現在、第三者委員会の設置を検討していますか。 *「有」の場合は、別紙にその概要をご記入ください。（様式は問いません。）		有	無
(5)	★過去10年以内に、記名法人が不祥事について社内調査を実施したことがあります。また、現在、社内調査の実施を検討していますか。 *「有」の場合は、別紙にその概要をご記入ください。（様式は問いません。）		有	無
(6)	★過去10年以内に、役員の職務遂行に起因して、公的機関から、記名法人またはこれらの役員に対して、調査または刑事・行政上の手続きがなされたことがありますか。 *「有」の場合は、別紙にその概要をご記入ください。（様式は問いません。）		有	無
(7)	★現在、公的機関から、記名法人またはこれらの役員に対して、調査または刑事・行政上の手続きがなされるおそれのある状況がありますか。 *「有」の場合は、別紙にその概要をご記入ください。（様式は問いません。）		有	無
(8)	★過去5年以内に、記名法人またはこれらの役員に対して、雇用関連の損害賠償請求がなされたことがありますか。 *「有」の場合は、別紙にその概要をご記入ください。（様式は問いません。）		有	無
(9)	★現在、記名法人またはこれらの役員に対して、雇用関連の損害賠償請求がなされるおそれのある状況を知っていますか。 *「有」の場合は、別紙にその概要をご記入ください。（様式は問いません。）		有	無
(10)	★過去5年以内に、開示書類の不実記載または記載欠如等に起因して、記名法人またはこれらの役員が、社員または取引先その他の第三者から損害賠償請求を受けたことがありますか。 *「有」の場合は、別紙にその概要をご記入ください。（様式は問いません。）		有	無
(11)	★現在、開示書類の不実記載または記載欠如等に起因して、記名法人または記名法人の役員に対して損害賠償請求がなされるおそれのある状況を知っていますか。 *「有」の場合は、別紙にその概要をご記入ください。（様式は問いません。）		有	無

2. その他の確認事項

番号	ご質問事項	ご回答欄 ※記入または該当するものにレ点を記載してください。		
(1)	★現在、記名法人における他に有効な会社役員賠償責任保険契約がありますか。	有	無	
(2) 「有」の場合は、次の内容もご記入ください。	引受保険会社名			
	支払限度額			千円
	保険期間 (yyyy/mm/dd形式で記載してください)	~		
	初年度契約日 (yyyy/mm/dd形式で記載してください)			

上記内容は、事実に相違ありません。

法人名 :

役職名 :

ご氏名 :

㊞

【ご注意】

責法人の役員（法令上の役員の方）のうち、どなたか1名の方に代表して署名または記名・押印をお願いします。なお、ご申告いただいた内容は、本保険契約のすべての被保険者（補償を受けられる方）に適用されますので、ご注意ください。