

記入例：赤枠内をご記入ください。

証券番号

保険料の確定精算省略に関する同意書 兼 申告書(傷害保険用)

あいおいニッセイ同和損害保険株式会社 行

センター住所およびセンター名+代表者名を記入

同意・申告日

年 月 日

加入依頼日を記入

保険契約者

住所
氏名

押印

印

*フルネームにて署名ください(法人の場合は記名・押印ください)。

—ご注意(告知事項について)—

本申告書は、保険契約申込書の一部をなすものとし、下記(2)の告知事項(※印)で、事実と異なる記載をしたり、または事実を記載しなかった場合には、ご契約を解除させていただくことや保険金をお支払いできないことがありますので、正確に記入してください。

貴社との保険契約締結にあたり、「保険料確定特約」の内容を承認し、「(1) ご注意いただきたい事項」を確認するとともに、「(2) 保険料算出の基礎に係る根拠資料」に記載した資料を添付し、これに基づいた「(3) 保険料算出の基礎」を申告の上、保険料の確定精算を省略することに同意します。

(1) ご注意いただきたい事項

- ① 保険期間中に「保険料確定特約」をセットしない方式に変更することはできません。
- ② 保険申込書等ご提出いただく書類のなかで「保険料算出の基礎欄」には、ご契約時に把握可能な最近の会計年度または把握可能な直近1か年の人数等をご申告(記入)ください。
※ご申告いただいた人数等を立証できる書類をご提出いただく場合があります。
- ③ 保険期間終了時に人数等が減少・増加した場合でも、返還保険料のお支払いまたは追加保険料の請求はいたしません。
- ④ ご契約時にご申告いただいた申告書(付属書類を含みます)記載の人数等の保険料算出の基礎数値は、お申込み時点で把握可能な最近の会計年度または把握可能な直近1か年の数値に相違がないかご確認ください。
- ⑤ 保険料算出の基礎数値が、保険期間中に著しく変更となる見込みがある場合には、この特約はセットできません。
- ⑥ ご契約が保険期間中に失効または解除・解約された場合(中途更改を含みます)には、確定精算は行わず、普通保険約款・特約に定める方法に従い、保険料を返還・請求いたします。
※シルバー人材センター団体傷害保険契約の場合、保険料は返還できません。
- ⑦ 「保険料確定特約」をセットした保険契約を解約された場合、「把握可能な最近の会計年度または直近の既往1か年の平均被保険者数(正会員数) = 裏面(3)の「被保険者数」に記入した人数より算出」がない場合があります。
- ⑧ 「保険料算出の基礎に係る根拠資料」の内容については、個別に

把握可能な最近の会計年度または直近の既往1か年の平均被保険者数(正会員数)
= 裏面(3)の「被保険者数」に記入した人数より算出

(2) 保険料算出の基礎に係る根拠資料

被保険者区分	(継続契約の場合) 前年度に申告していただいた数値	※契約締結時において把握可能な最近(直近)の1か年等の数値
記入不要	記入不要	★ 502名
		★
		★

▼対象種目 学校契約団体・シルバー人材センター団体・行政協力員団体・NPO団体・レクリエーション参加者等・

いずれかにチェック

チェックした期間いずれかについて、具体的に記入

▼対象期間 会計年度 : 2019年度
 直近の既往1か年 : 2020年3月1日 ~ 2021年2月28日

*対象期間を直近の既往1か年とする場合は、始期日の1~3か月前から遡った過去1年間としてください。

*2年目以降の契約で、前年度契約に保険料確定特約をセットしている場合、前年度契約の保険料算出に用いた対象期間末の翌日から1年間を対象期間とします。

提出不要

▼対象期間に対応する、保険料算出の基礎に係る根拠資料

該当に○	根拠資料の種類
	保険料算出の基礎人数確認書
	前年度以前契約に関する通知書コピー(枚)
	その他()

(3) 保険料算出の基礎

加入タイプとその保険金額を記入

				＜代理店・扱者、保険会社使用欄＞	
契約タイプ	保険金額 (1被保険者あたり)		タイプ保険料	保険料条件 (料率区分・割引増引・特約等)	
A1	死亡・後遺障害	9,000 千円	(円)		
	入院保険金日額	3,000 円			
	通院保険金日額	2,000 円			
	死亡・後遺障害	千円	(円)	12ヶ月の平均数 6,020÷12=502 (小数点以下 四捨五入) をおもて面(2)に 記入	
	入院保険金日額	円			
	通院保険金日額				
	死亡・後遺障害			被保険者数(正会員数)を算出した 毎月一定日(1日であれば毎月1日) 日付欄の左側のみ記入 (~/~/ 間 は記入不要)	
	入院保険金日額				
	通院保険金日額				

記入不要

記入不要

			＜代理店・扱者、保険会社使用欄＞	
被保険者区分 (*1)	保険責任期間 (*2)	被保険者数 (*3)	契約タイプ	小計保険料
	2020/3/1 ~ / / 間	500		円
	2020/4/1 ~ / / 間	480		円
	2020/5/1 ~ / / 間	490		円
	2020/6/1 ~ / / 間	500		円
	2020/7/1 ~ / / 間	510		円
	2020/8/1 ~ / / 間	505		円
	2020/9/1 ~ / / 間	505		円
	2020/10/1 ~ / / 間	500		円
	2020/11/1 ~ / / 間	503		円
	2020/12/1 ~ / / 間	497		円
	2021/1/1 ~ / / 間	520		円
	2021/2/1 ~ / / 間	510		円
	/ / ~ / / 間			円
	/ / ~ / / 間			円
			合計	円

*1. 施設名、行事名、委嘱業務の区分、団体名等 *2. 各被保険者区分の保険責任期間、業務従事日数等 *3. 台数等含む

以上

【募集人欄】

本申告書に記載されている数値が確定数値に相違ないことを確認の上、受領しました。

募集人 _____