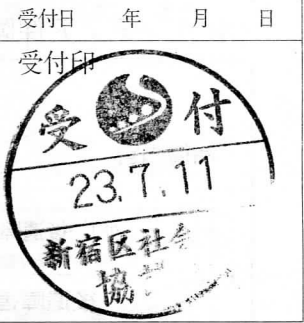


ボランティア保険加入確認証 (兼)保険料受領書



(受付社協) 新宿区 社会福祉協議会

(補償期間) 平成23年4月1日 ~ 平成24年3月31日

○中途加入の場合 受付日の翌日 ~ 平成24年3月31日

受付日・印なきものは無効
補償の開始は上記受付印の
翌日からとなります。

申込者 (団体名)	学校法人 <u>学習院</u>		申込日	23年7月11日
			連絡先	03-5992-1048
住所	〒171-8588 東京都豊島区目白1-5-1			
加入プラン	Aプラン	1名保険料 300円 × 申込人数 () 名 = 合計保険料 () 円		
	Bプラン	1名保険料 500円 × 申込人数 () 名 = 合計保険料 () 円		
	Cプラン	1名保険料 700円 × 申込人数 () 名 = 合計保険料 () 円		
	天災Aプラン	1名保険料 600円 × 申込人数 (76) 名 = 合計保険料 (45,600) 円		
	天災Bプラン	1名保険料 1,000円 × 申込人数 () 名 = 合計保険料 () 円		
	天災Cプラン	1名保険料 1,400円 × 申込人数 () 名 = 合計保険料 () 円		
活動内容	具体的にご記入ください。 <u>三陸海岸震災ボランティア</u>			

<加入者名簿> 6名以上の団体(グループ)加入の場合は、加入者名簿を添付ください。

氏名	住所	電話番号	加入プラン

【保険料確認欄】(保険料預かり時受付社協記入欄)

上記申込みについて、保険料 (45,600) 円を受領しました。

証券番号 : NE02701017

※お問い合わせの際は、上記証券番号を保険会社にお申し出ください。

(上記証券番号は、平成23年4月1日~平成24年3月31日の証券番号です。)

事故発生の際は、直ちに、添付「事故報告書」に必要事項ご記入のうえ、
三井住友海上火災保険(株) (FAX03-3344-6902) まで連絡をお願いします。

※団体(グループ)加入の場合、加入者全員に本紙の写し(両面)をお渡しくください。

下記の補償内容にご加入頂いております。
 <お問い合わせ先>(有)東京福祉企画 03-3268-0910

<ボランティア保険の補償内容・保険料>

補償内容	プラン			天災	天災	天災
	Aプラン	Bプラン	Cプラン	Aプラン	Bプラン	Cプラン
	熱中症、地震・噴火・津波によるケガも補償!					
死亡・後遺障害保険金額	10,313千円	22,019千円	30,434千円	6,936千円	13,812千円	19,121千円
後遺障害保険金	後遺障害の程度に応じて、死亡・後遺障害保険金額の100%~3%をお支払いします。					
入院保険金日額	6,000円	7,500円	11,000円	6,000円	7,500円	11,000円
手術保険金	入院して、手術を受けた場合、入院保険金日額に手術の種類に応じた倍率を乗じた額をお支払いします。					
通院保険金日額	3,500円	5,000円	7,000円	3,500円	5,000円	7,000円
特定感染症特約	—	上記、死亡保険金を除く、後遺障害、入院保険金額に同じ	上記、死亡保険金を除く、後遺障害、入院保険金額に同じ	—	上記、死亡保険金を除く、後遺障害、入院保険金額に同じ	上記、死亡保険金を除く、後遺障害、入院保険金額に同じ
葬祭費用保険金	—	300万円限度	300万円限度	—	300万円限度	300万円限度
賠償責任補償	身体障害・財物損壊共通					
	人格権侵害					
1事故につき(支払限度額)5億円						

1名当りの年間保険料	300円	500円	700円	600円	1,000円	1,400円
------------	------	------	------	------	--------	--------

※保険期間の途中で加入された場合でも保険料は同額となります。また、中途解約による保険料の払い戻しは出来ません。
 ※ご加入は1名1口です。保険期間の途中で加入された場合でも保険料は同額となります。
 ※一度加入していただければ、補償期間内に複数のボランティア活動(複数の団体での活動)をされる場合も補償されます。

<ボランティア保険のお支払いする保険金>

傷 害 条 項	死亡保険金	急激かつ偶然な外来の事故によりケガをし、事故の日から180日以内に、死亡した場合は保険金の全額をお支払いします。
	後遺障害保険金	急激かつ偶然な外来の事故によりケガをし、事故の日から180日以内に、そのケガが原因で後遺障害が生じた場合に後遺障害に応じて死亡保険金の100%~3%の額をお支払いします。
	入院保険金 (1日あたり)	急激かつ偶然な外来の事故によりケガをし、入院した場合にお支払いします。(180日限度) ※2
	手術保険金	入院保険金をお支払いする場合で、そのケガ※の治療のために、事故の日からその日を含めて180日以内に所定の手術※を受けられた場合 [入院保険金日額] × [手術の種類に応じてそれぞれ定められた倍率(10倍、20倍、40倍)]をお支払いします。 (注) 1回の事故につき、1回の手術に限ります。また、同時に2つ以上の手術を受けられた場合はそのうち最も高い倍率となります。
	通院保険金 (1日あたり)	急激かつ偶然な外来の事故によりケガをし、通院した場合にお支払いします。(90日限度) ※2
項 (※1)	第三者加害行為等による傷害 倍額支払特約	第三者の故意による加害行為・ひき逃げ(事故日を含め60日を経過しても加害者が特定できないもの)によりケガをした場合に、死亡保険金・後遺障害保険金・入院保険金を通常の2倍お支払いします。(警察への届出が必要です。)
	特定感染症特約 (天災Aプラン・Aプランを除く)	活動中に、感染症予防法に定める1~3類の特定感染症(コレラ・細菌性赤痢・O-157等)に感染され、後遺障害が生じ、または、入院された場合にお支払いします。
	特定感染症死亡時葬祭費用 (天災Aプラン・Aプランを除く)	感染症に発病した日から180日以内に、発病が直接の結果として死亡した場合、その葬祭費用について保険金額を限度に実費を支払います。
賠償責任 条項	熱中症危険補償 (天災プランのみ)	急激かつ外来による日射または熱射によって、その身体に障害を被った場合に死亡・後遺障害・入院・通院保険金をお支払いします。
	右記の損害にかかわる保険金	○被害者に対して支払う治療費や修繕費などの法律上の損害賠償金 ○裁判費用や弁護士費用などの争訟費用 ○(被害者の応急手当など)緊急措置に要した費用 ○損害の拡大防止・軽減に要した費用 ○権利の保全・行使に要した費用 ○引受保険会社による解決に協力するために要した費用 上記については、緊急措置に要した費用を除き、事前に引受保険会社より同意を得る必要があります。

(※1) 傷害条項における補償は、健康保険・生命保険・加害者からの賠償金等とは関係なく支払われます。
 (※2) 入院・通院保険金の支払い対象となるのは「医師法上の医師」の治療を受けた場合です。また、支払い対象となる治療日数は、平常の生活や業務に支障のない程度に治った日までとし、ともに事故の日から180日以内のものを対象とします。
 ●天災プランは地震・噴火・津波によるケガも補償できます。
 ●傷害条項における食中毒の補償は摂取方法が偶然かつ一時的で急激に中毒症状を呈したものに限られます。

<万一、事故が起こった場合>

事故発生日から30日以内に加入申込書類添付の事故報告書に必要な事項を記入のうえ、三井住友海上火災保険株式会社(新宿支店・東京公務室)へご提出(FAXもしくは郵送)ください。

三井住友海上
新宿支店 東京公務室
FAX 03-3344-6902

ボランティア保険事故報告書

契約内容

報告者 氏名 _____ TEL () ()
 ※今後のお問合わせ先および、保険金請求書類送付先 〒 _____
 加入団体・加入者・その他 () _____ TEL () ()

加入受付社協名	加入月	年	月	(保険契約者) 社会福祉法人 東京都社会福祉協議会
---------	-----	---	---	------------------------------

加入プラン	A プラン NE02701017	B プラン NE02701026	C プラン NE02701035	天災Aプラン NE02701044	天災Bプラン NE02701053	天災Cプラン NE02701062
-------	---------------------	---------------------	---------------------	----------------------	----------------------	----------------------

被保険者 (住所) 〒 _____ (加入団体・グループ名) ※必ずご記入ください。
フリガナ
 (氏名) _____
 (未成年の場合の親権者氏名)
 男・女 () 才 TEL () ()

事故内容

事故日時 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 午前 _____ 時 _____ 分 頃

今回事故のボランティア活動内容 (活動の相手、活動先の施設名等、詳しくご記入ください。)

区分	<input type="radio"/> 活動中	<input type="radio"/> 往復途上
----	---------------------------	----------------------------

事故発生地 _____

事故区分	<input type="radio"/> 傷害事故	<input type="radio"/> 賠償事故
------	----------------------------	----------------------------

事故状況 (詳しくご記入ください。賠償事故の場合は、さらに下記の相手方住所・氏名・損害の程度等の欄についてもご記入ください。)

.....

.....

.....

医療機関名 TEL () ()	傷名	部位、
	入院 <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	月 _____ 日 ~ _____ 月 _____ 日
	入院した場合で手術の有無 <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	手術名()
	通院 <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	月 _____ 日 ~ _____ 月 _____ 日

(賠償事故の場合は、以下にもご記入ください。) 対人・対物
 〈被害者住所〉 〒 _____ 〈被害物・損害の程度〉 _____
 〈被害者氏名〉 _____
 (未成年の場合の親権者氏名)
 男・女 () 才 TEL () ()

通信欄 (損害賠償請求を受けたときは、その内容)

保険会社欄