

事故の際の連絡先

代理店：株式会社トップエージェンシー

TEL 053-459-6004（平日午前9時～午後5時）

FAX 053-459-6005

〒430-0946 静岡県浜松市中央区元城町218-26 聖隷ビル3階

事故受付センター（東京海上日動安心110番）

TEL 0120-720-110（受付時間：24時間365日）

この保険のお問い合わせ窓口

代理店：株式会社トップエージェンシー

TEL 053-459-6004（平日午前9時～午後5時）

FAX 053-459-6005

〒430-0946 静岡県浜松市中央区元城町218-26 聖隷ビル3階

引受保険会社：東京海上日動火災保険株式会社（担当支社）浜松支店 法人営業チーム

TEL 053-454-8567（平日午前9時～午後5時）

〒430-8577 静岡県浜松市中央区板屋町111-2 浜松アクタワー9階

- ◆ご加入後に退学や住所変更等内容に変更が生じた場合は、上記連絡先にご連絡ください。
- ◆加入者票は加入内容を確認する大切なものです。加入者票が到着しましたら、ご意向通りの加入内容となっているかご確認ください（令和7年6月下旬送付予定）。
- ◆なお募集パンフレットにはご契約上の大切なことがらが記載されていますのでご一読のうえ、加入者票とともに保険期間終了時まで保管してご利用ください。

作成年月：2025年9月 25TX-002259

キリトリ

学校法人 聖隷学園 御中

総合生活保険加入依頼書

（保険料：40,420円を添えてお申し込みください。）

ご加入時の同意内容について

私と被保険者(\*)全員は、以下の事項について確認・同意のうえ、加入を依頼します。\*保険の対象となる方をいいます。

- ①被保険者欄記載の者が契約者である企業または団体の構成員であること
- ②重要事項説明書の内容
- ③重要事項説明書添付の「ご加入内容確認事項」の内容
- ④重要事項説明書の「個人情報の取扱い」の内容

加入依頼日 年 月 日

加入者 (扶養者)	住所 〒					
	生年月日	年	月	日	性別	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
	フリガナ					
	氏名 (自署) 私は、「ご加入時の同意内容について」を確認し契約者である企業・団体に対して加入を依頼します。					
	TEL					

被保険者 (生徒)	住所 〒					加入者住所と異なる場合のみご記入ください。
	★生年月日	年	月	日	性別	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
	フリガナ	★他の 保険契約等*1	加入者から みた続柄	☆公的医療 保険制度		
	氏名	<input type="radio"/> あり				

★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。本事項に事実と異なる記載をした場合や本事項に事実を記載しない場合は、ご加入を解除することがあります。ご加入を解除する場合、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 他の保険契約等（この保険契約の全部または一部に対して支払責任が同じである保険契約または共済契約をいいます。）がある場合には○をし、下記にご記入ください。

※他の保険契約等\*2 具体的な内容をご記入ください。

\*2 他の保険契約等とは、ご加入の保険契約の全部または一部に対して支払責任が同じである他の保険契約または共済契約をいいます。他の保険契約等がある場合、そのご契約の内容によっては、東京海上日動にて保険のお引受けができない場合があります。

被保険者氏名	保険会社・共済会社	保険種類	満期日 (補償の満了する日)	保険金額・支払限度額 (ご契約金額 単位:万円)

※個人賠償責任補償特約等をご契約される場合で、保険の対象となる方またはそのご家族が、補償内容が同様の保険契約を他にご契約されているときには、補償が重複することがあります。