

平成29年度大阪社会人リーグ
参加チーム責任者 殿

大阪社会人ハンドボールリーグ参加者傷害保険のご案内 兼 (仮)申込書

いつもありがとうございます。下記にお見積りさせていただきます。本プランはチーム単位での契約です。
昨年度より、従来の補償日30日タイプ に補償日15日タイプも新設し、8タイプございます。
※本契約は1年契約です。1年間で補償を希望する日を(事前に)契約時に申告することががが必要です。
※補償希望日は、社会人リーグの試合日でも練習日、社会人リーグ戦以外の大会参加の日程でも構いません。

タイプA	死亡・後遺障害(3~100%)	250万円
補償額	入院日額(事故日から180日間 180日限度)	3,750円
(1名あたり)	通院日額(事故日から180日間 90日限度)	2,500円

タイプA(補償30日間)→1チーム24,920円

タイプA(補償15日間)→1チーム14,840円

タイプB	死亡・後遺障害(3~100%)	200万円
補償額	入院日額(事故日から180日間 180日限度)	3,000円
(1名あたり)	通院日額(事故日から180日間 90日限度)	2,000円

タイプB(補償30日間)→1チーム19,950円

タイプB(補償15日間)→1チーム11,830円

タイプC	死亡・後遺障害(3~100%)	150万円
補償額	入院日額(事故日から180日間 180日限度)	2,250円
(1名あたり)	通院日額(事故日から180日間 90日限度)	1,500円

タイプC(補償30日間)→1チーム14,980円

タイプC(補償15日間)→1チーム 8,960円

タイプD	死亡・後遺障害(3~100%)	100万円
補償額	入院日額(事故日から180日間 180日限度)	1,500円
(1名あたり)	通院日額(事故日から180日間 90日限度)	1,000円

タイプD(補償30日間)→1チーム10,010円

タイプD(補償15日間)→1チーム 5,950円

↑↑↑↑↑↑↑↑↑↑↑↑↑↑↑↑↑↑
申し込まれるタイプの点線を○で囲んで下さい。

(仮)申込書

- ※保険期間 平成29年~1年間のうち下記に記載いただいた30日間または15日間
申し込み&掛け金支払完了日以降の保険(補償)開始となります。
- ※補償範囲 病気は補償対象外です。けがの補償。(既往症や腰痛など原因がはっきりしないケガは対象外。)
- ※商品概要 普通傷害保険(管理下のみ補償) 準記名式(一部付保) 通算短期率 往復途上危険担保
チーム単位で加入。チームのメンバー全員が対象(中途加入メンバーも全員補償対象。)
加入時に名簿不要。保険金請求時にメンバー7名の名簿(フルネーム)が必要です。

申込タイプ **タイプ** _____ **補償期間** _____ **日間のプランを申込み。**

チーム名 _____ チーム構成人数 _____ 人

代表者住所 _____

代表者氏名 _____ 代表者携帯電話 _____

メールアドレス _____

補償希望日 _____

- (仮)申込先、その他のお問い合わせについては、下記担当者へお願いします。
〒540-0037大阪府中央区平野町2-1-9 シグナスビル5階
東京海上日動火災保険株式会社代理店 保険・デザイン株式会社 寺内啓之(テラウチヒロユキ)
メールアドレス terauchi@hoken-d.co.jp
ファックス 06-6948-5533
携帯電話 090-8574-2686