

7. ご加入手続きについて

〈1〉お手続き方法

- 加入依頼書に必要事項をご記入のうえ、取扱代理店のアライブまでご送付ください。
なお、おケガの補償は「加入者一覧表」の送付も必要となります。
- 該当する保険料をお振込みください。

〈2〉お手続きの締切日について

新規加入・継続加入の場合は2024年4月15日締切

中途加入・変更の場合は下表のとおりとなります。

※締切日までにアライブへの加入依頼書の到着、名簿のFAX、保険料の着金が完了するようお手続きをお願いします。

〈3〉保険期間および保険料について

○保険期間：補償開始日～2025年5月1日午後4時

○保険料：

【利用者・職員のおケガの補償の場合】

新規加入・継続加入の場合 1人あたりの保険料×人数＝保険料

中途加入・変更の場合 下表の保険料×人数＝保険料

【事業所の賠償事故の補償、設備・什器の補償、事業用現金の補償、情報漏えいの補償・役員賠償責任保険の場合】

年間保険料×加入月数÷12＝保険料(1円単位四捨五入)

〈4〉保険料のお振込先

三菱UFJ銀行 中野駅前支店 普通口座 1635215

口座名義 きょうされん藤井克徳

※恐れ入りますが、振込手数料はご加入者さまにてご負担ください。

〈5〉「利用者・職員のおケガの補償」中途加入・中途脱退方法と保険料

○中途加入のお手続き方法

ご加入時に作成いただいたエクセル版の「加入者一覧表」に新しくご加入される方の開始日・タイプ・お名前・級別を入力の上、プリントしていただきアライブへFAXをお願いします。また、下表の該当する中途加入保険料を、上記の口座へお振込みください。

○中途脱退のお手続き方法

ご加入時に作成いただいたエクセル版の「加入者一覧表」に脱退される方の解約日を入力の上、プリントしていただきアライブへFAXをお願いいたします。(下表該当月の返金がございます。事業所のご返金先口座の情報も併せてお知らせください。)

○中途加入・中途脱退同時のお手続き方法

ご加入時に作成いただいたエクセル版の「加入者一覧表」に上記の手續を同時に行い、プリントしていただきアライブへFAXをお願いします。

なお、加入タイプが異なる場合や同人数以外の場合は、アライブまでお問い合わせください。

締切日	補償の開始日 および解約日	加入月数	A1	A2	A3	B1	B2	B3	C	D
5月24日	6月1日	11か月	4,590円	6,420円	8,250円	4,580円	6,420円	8,250円	6,410円	10,080円
6月25日	7月1日	10か月	4,170円	5,840円	7,500円	4,170円	5,830円	7,500円	5,840円	9,180円
7月25日	8月1日	9か月	3,760円	5,270円	6,760円	3,750円	5,250円	6,760円	5,260円	8,260円
8月23日	9月1日	8か月	3,330円	4,660円	6,000円	3,330円	4,670円	6,000円	4,660円	7,330円
9月25日	10月1日	7か月	2,920円	4,080円	5,250円	2,920円	4,080円	5,250円	4,090円	6,420円
10月25日	11月1日	6か月	2,510円	3,500円	4,500円	2,510円	3,500円	4,510円	3,500円	5,510円
11月25日	12月1日	5か月	2,090円	2,920円	3,750円	2,080円	2,920円	3,750円	2,910円	4,580円
12月20日	1月1日	4か月	1,670円	2,340円	3,000円	1,670円	2,330円	3,000円	2,340円	3,670円
1月24日	2月1日	3か月	1,260円	1,770円	2,260円	1,250円	1,750円	2,250円	1,760円	2,750円
2月25日	3月1日	2か月	830円	1,160円	1,500円	830円	1,170円	1,510円	1,160円	1,830円
3月25日	4月1日	1か月	420円	580円	750円	420円	580円	750円	590円	920円

年末年始休暇の関係で例月より締切日が早くなっております。

※「事業所の賠償事故の補償」・「事業所の設備・什器の補償」・「事業所の事業用現金の補償」・「事業所の情報漏えいの補償」・「役員賠償責任保険」の中
途加入保険料は、加入依頼書の計算式にあてはめて算出してください。

8. 記載例(事故報告用紙)

株式会社アライブ きょうされん担当者 行き
(FAX 03-3479-5322 TEL 03-3479-4334)

報告日 2024年 6月 1日

事故について、次のとおり報告します。また、私は本件事故について、損害を受けた相手方の個人情報取扱いについて当事者間で以下の事項に合意していることを通知します。

1. きょうされんおよびアライブならびに損保ジャパンが、保険金の支払、支払の判断のために、相手方の個人情報を取得・利用すること。
2. きょうされんおよびアライブならびに損保ジャパンが、上記1.の利用目的のために、本件事故に関する関係先等に提供を行い、また、これらの者から受けることがあること。

<代理店記入欄> 証券番号

き - A B C / 直コン /

会員名 (事業所名)	SJ作業所		(フリガナ: ソンボ ご担当者名: 損保 様)
会員住所 (事業所住所)	〒160-0023 東京都新宿区西新宿 △-△-△ TEL 03 (0000)×××× FAX 03 (0000)××××		
事故当事者 (被保険者)	フリガナ ソンボ イチロウ 氏名 損保 一郎	加入タイプ A2 加入日 58年 4月 1日 41歳	性別 男 年齢 41歳
当事者住所 (連絡先)	〒160-0023 東京都新宿区西新宿 ×-×-× TEL 03 (0000)×××× FAX 03 (0000)××××		
ご請求保険種目	<input checked="" type="radio"/> 利用者・職員のおケガの補償 <input type="radio"/> 個人の賠償事故の補償 <input type="radio"/> 事業所の賠償事故の補償 <input type="radio"/> 事業所の設備・仕器の補償 <input type="radio"/> 事業所の事業用現金の補償 <input type="radio"/> 事業所の情報漏えいの補償		
本人のおケガ	【ケガの状態】 左手親指骨折 【病院名】 ① SJ病院 <input type="radio"/> 入院 / ~ / 頃 <input checked="" type="radio"/> 通院 5/25~ 7/30頃 ② <input type="radio"/> 入院 / ~ / 頃 <input type="radio"/> 通院 / ~ / 頃		
第三者への 賠償責任 (被害者名) (賠償内容)	フリガナ 氏名	住所 (歳) TEL	【対人賠償】 ・ケガの状態 ・病院名 ・入院/通院/治療見込み 月 日頃 【対物賠償】 ・こわれた物 ・修理業者名 ・修理業者TEL ・修理見積り金額 円
事故日	2024年 5月 24日(金) 午前・ <input checked="" type="radio"/> 午後 2時 40分頃		
事故場所	東京都新宿区西新宿 △-△-△		
事故内容 (事故原因および状況) ※事故の相手・ケガの 状態など	作業所の階段につまずき転倒した際、左手親指を骨折した。		
他の保険契約等 (ある場合)	(保険会社名) (保険種類)	(証券番号)	

※事故の日から30日以内にご通知のない場合には、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。

9. 事故報告用紙 2024年度

株式会社アライブ きょうされん担当者 行き
 (FAX 03-3479-5322 TEL 03-3479-4334)

報告日 20 年 月 日

事故について、次のとおり報告します。また、私は本件事故について、損害を受けた相手方の個人情報取扱いについて当事者間で以下の事項に合意していることを通知します。

1. きょうされんおよびアライブならびに損保ジャパンが、保険金の支払、支払の判断のために、相手方の個人情報を取得・利用すること。
2. きょうされんおよびアライブならびに損保ジャパンが、上記1. の利用目的のために、本件事故に関する関係先等に提供を行い、また、これらの者から受けることがあること。

<代理店記入欄>	証券番号
き	— A B C / 直コン /

会員名 (事業所名)	(フリガナ: _____) ご担当者名: _____ 様		
会員住所 (事業所住所)	〒 _____ TEL () _____ FAX () _____		
事故当事者 (被保険者)	フリガナ _____ 氏名 _____ 様 加入タイプ _____ (S・H 年 月 日 歳)	男	女
当事者住所 (連絡先)	〒 _____ TEL () _____ FAX () _____		
ご請求保険種目	<input type="checkbox"/> 利用者・職員のおケガの補償 <input type="checkbox"/> 個人の賠償事故の補償 <input type="checkbox"/> 事業所の賠償事故の補償 <input type="checkbox"/> 事業所の設備・什器の補償 <input type="checkbox"/> 事業所の事業用現金の補償 <input type="checkbox"/> 事業所の情報漏えいの補償		
本人のおケガ	【ケガの状態】 ① _____ <input type="checkbox"/> 入院 / ~ / 頃 <input type="checkbox"/> 通院 / ~ / 頃 ② _____ <input type="checkbox"/> 入院 / ~ / 頃 <input type="checkbox"/> 通院 / ~ / 頃		
第三者への賠償責任 (被害者名) (賠償内容)	フリガナ _____ 住所 _____ 氏名 _____ (歳) TEL _____	【対人賠償】 ・ケガの状態 ・病院名 ・入院/通院/治癒見込み 月 日頃	【対物賠償】 ・こわれた物 ・修理業者名 ・修理業者TEL ・修理見積り金額 円
事故日	20 年 月 日 () 午前・午後 時 分頃		
事故場所			
事故内容 (事故原因および状況) ※事故の相手・ケガの状態など			
他の保険契約等 (ある場合)	(保険会社名) (保険種類)	(証券番号)	

※事故の日から30日以内にご通知のない場合には、保険金をお支払いできませんのでご注意ください。