

2025年度 BSACメンバー傷害保険加入申込票

記入日: 年 月 日

BSAC JAPAN 事務局 御中

保険契約についての重要な事項に関する説明書類を受け取り、加入内容が意向に沿ったものであることを確認するとともに、個人情報の取扱いに同意のうえ、加入を申し込みます。

以下太枠内にご記入いただき、BSAC JAPAN事務局までご返送頂きますようお願いいたします。(スキャンデータのメール、FAX、郵送可)

インストラクター1名ごとに1枚ご記入ください。(例)ダイブセンターで5名のインストラクターが加入する場合、本用紙が5枚必要になります。

この保険契約はBSAC JAPANを保険契約者とし、BSAC JAPANメンバーを加入者(被保険者)とする団体総合生活補償保険の団体契約です。

ご加入内容の詳細につきましては別途パンフレットをご参照下さい。

<ご提出先>

〒101-0035
東京都千代田区神田紺屋町 サンビル4F BSAC JAPAN 事務局
TEL: 03-5297-5656 / FAX: 03-5297-5657 / E-mail: insurance@bsac.jp

保険期間(ご契約期間)	2025年 月 日 午後4時 から 翌年1月1日 午後4時まで ヶ月																																											
メンバー氏名																																												
住所	〒 -																																											
BSACメンバーランク	00 — — NI・IT・AI・OWI・CI・PI・DD・AD・DL・SDI・SI																																											
所属ダイブセンター名	フリーメンバーは「フリー」とご記入ください。																																											
BSACメンバー傷害保険	加入者のランクから下記1、2、3を選び、該当する補償限度額と補償開始月に✓を入れてください。																																											
	1. プランの選択																																											
			傷害死亡後遺障害保険金額	傷害入院保険金日額	傷害通院保険金日額	傷害手術保険金	特約																																					
	<input type="checkbox"/>	充実プラン	2,000千円	4,000円	1,500円	(入院中の手術) 傷害入院保険金日額の10倍 (入院中以外の手術)	天災危険補償特約・日常生活賠償保険金額1億円 救援者費用等保険金額1,000万円、携行品損害保険金額30万円																																					
<input type="checkbox"/>	シンプルプラン	1,000千円	2,000円	500円	傷害入院保険金日額の5倍	天災危険補償特約・日常生活賠償保険金額5,000万円 救援者費用等保険金額500万円、携行品損害保険金額15万円																																						
2. 加入月と保険料の選択																																												
■充実プラン選択の方																																												
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
補償開始日		1/1~	2/1~	3/1~	4/1~	5/1~	6/1~	7/1~	8/1~	9/1~	10/1~	11/1~	12/1~																															
保険料		16,450円	15,070円	13,720円	12,340円	10,970円	9,600円	8,240円	6,850円	5,480円	4,130円	2,740円	1,380円																															
■シンプルプラン選択の方																																												
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
補償開始日		1/1~	2/1~	3/1~	4/1~	5/1~	6/1~	7/1~	8/1~	9/1~	10/1~	11/1~	12/1~																															
保険料		8,060円	7,390円	6,710円	6,050円	5,390円	4,700円	4,040円	3,360円	2,670円	2,020円	1,350円	680円																															
ご契約に際して当社がおたずねする重要な事項(告知事項)です。事実と相違する場合は、ご契約を解除し、保険金をお支払いできないことがありますので十分にご確認ください。	<table border="1"> <tr> <td colspan="11">①職業名 (例)ダイビングショップ勤務 ②職種名 (例)ダイビングショップスタッフ</td> </tr> <tr> <td>①</td> <td colspan="10"></td> </tr> <tr> <td>②</td> <td colspan="10"></td> </tr> </table>											①職業名 (例)ダイビングショップ勤務 ②職種名 (例)ダイビングショップスタッフ											①											②										
①職業名 (例)ダイビングショップ勤務 ②職種名 (例)ダイビングショップスタッフ																																												
①																																												
②																																												
	<table border="1"> <tr> <td colspan="11">他社での同種の保険契約、保険金請求歴等 (○の場合は下記にご記入ください)</td> </tr> <tr> <td colspan="11">あり</td> </tr> </table>											他社での同種の保険契約、保険金請求歴等 (○の場合は下記にご記入ください)											あり																					
他社での同種の保険契約、保険金請求歴等 (○の場合は下記にご記入ください)																																												
あり																																												
上記で「あり」と記入した方	<small>※他の保険契約等(注)他の保険会社等における契約を含みます。同種の危険を補償する他の保険契約等(被保険者が同一であり、団体総合生活補償保険等の身体のケガに対して保険金が支払われる他の保険契約等がある場合、以下にご記入ください。)<団体契約、生命保険契約、共済契約を含みます></small>																																											
	保険会社名 :										傷害死亡・後遺障害保険金額 :	合計	万円																															
	傷害入院保険金日額 :	合計									万円	傷害通院保険金日額 :	合計	万円																														
	保険金請求歴(過去3年以内にケガで合計して保険金5万円以上)請求または受領した場合										保険会社名 :	回数	回	合計	万円																													
振込保険料	円																																											
お支払い方法	<input type="checkbox"/> ダイブセンターからのお支払い											<input type="checkbox"/> 個人でのお支払い																																
入金予定日	年 月 日																																											
お振込み先	<input type="checkbox"/> 三菱UFJ銀行 神田駅前支店 普通預金 0259034 カブシキガイシャ ビーエスエーシー <input type="checkbox"/> ゆうちょ銀行 店番408 普通預金 0833780 カ)ビーエスエーシー *お振込み手数料は、ご加入者の負担とさせていただきます。																																											
本保険に関するお客様の連絡先(担当部署)	TEL(携帯電話でもかまいません。) :											担当 :																																
<small>本保険契約に関する個人情報について、引受保険会社が次の取扱いを行うことに同意のうえお申し込みください。【個人情報の取扱いについて】この保険契約に関する個人情報は、あいおいニッセイ同和損保がこの保険引受の審査及び履行のために利用するほか、あいおいニッセイ同和損保およびMS&ADインシュアランスグループのそれぞれの会社(海外にあるものを含む)が、この保険契約以外の商品・サービスのご案内・ご提供や保険引受の審査および保険契約の履行のために利用したり、提携先・委託先等の商品・サービスのご案内のために利用することがあります。ただし、保健医療等のセンティブ情報(要配慮個人情報を含む)の利用目的は、法律等に従い、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定します。また、この保険契約に関する個人情報などの利用目的の達成に必要な範囲内で、業務委託先(保険代理店を含む)、保険仲立人、医療機関、保険金の請求・支払いに関する関係先等(いずれも海外にあるものを含む)に提供することがあります。あいおいニッセイ同和損保の個人情報の取扱いに関する詳細、商品・サービス内容、グループ会社の名称、契約等情報交換制度等については、あいおいニッセイ同和損保ホームページ((https://www.aioinissaydowa.co.jp/)をご覧ください。ご加入にあたってはBSAC総合補償制度のご案内(パンフレット)をご参照ください。また、ご記入いただいた加入申込票の記載事項のうち※印の項目については、ご加入時に事実を正確にお申し出いただく義務(告知義務)があります。故意や重大な過失により、お申し出いただかなかった場合や、お申し出いただいた事項が事実と異なる場合には、ご契約が解除されたり、保険金をお支払いできないことがあります。ご加入に際して、今一度お確かめください。加入申込票の※印以外の項目につきましても、事実を正確に記載ください。</small>																																												