加入依頼日　　　　　年　　　月　　日

一般社団法人日本舶用工業会　御中

【ご注意】加入申込票（付属書類を含みます。）には事実を正確にご回答（記入）ください。★または☆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。

**<ご加入時の確認事項>**

私は、契約者である企業または団体の構成員であることを確認し、団体に対してこの保険契約への加入を依頼します。また、私は「ご加入のおすすめ」記載の「個人情報の取扱いに関するご案内」の内容について確認の上、同意いたします。

# 日本舶用工業会団体PL保険　　加入申込票

連 絡 先

〒105－0001　　　東京都港区虎ノ門１－13－３（虎ノ門東洋共同ビル５F）

一般社団法人 日本舶用工業会業務部 FAX ： （03）3591－2206　TEL ： （03）3502 － 2041

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 住　　　所 | 〒 | | | |
| ☆加入者名  (記名被保険者) |  |  | ㊞ | 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るとともに、申込内容が意  向に沿ったものであること、および「ご加入時の確認事項」を確認のうえ加入を申し込みます。 |
| 英文表記 |  | | | |
| 担 当 部 署  担 当 者 名 |  | 電話番号  ＦＡＸ番号 |  | |
| Ｅ-mail |  | | | |

# 加入申込みタイプ

（加入申込みタイプに○印を付けてください｡）**※年間舶用品売上高**（直近会計年度）

国内売上高輸出売上高

合 計

千円・税込

千円・税込千円・税込

Ａタイプ

ＢタイプＣタイプ

Ｄタイプ

1億円

3億円

5億円

8億円

（注）売上高は千円単位でご記入

ください。

# ｢使用不能損害に関する賠償責任」への加入申込み

（加入申込みタイプに○印を付けてください。）

加入しません

「支払限度額1億円プラン」に加入します

「支払限度額5,000万円プラン」に加入します

# 「契約責任補償」への加入申込み

（加入する場合は○印を付けてください。） （補償対象とするライセンサーを下表へご記入ください。）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(ライセンサー名)

加入を希望しない

加入を希望する

# 当社の舶用製品

保険期間

2022年7月1日午前0時（注）から2023年7月1日午前0時までの1年間

（注）中途加入の場合は、日本舶用工業会に、加入申込票が15日以前到着かつ保険料が20日までに振込され た場合、保険始期は翌月1日午前0時となります（終期は2023年7月1日午前0時までです。）。

# ※他の保険契約等

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| この保険契約で保険金のお支払対象となる損害を補償する他の保険契約等がある。  （ありのときは右欄に記入。記  入がない場合は「なし」とみなします。） | 保険会社 | |
| 保険種類 | |
| 保険金額・支払限度額 |  |
| ★過去3年間における事右欄に記入がない場合  は「なし」とします。） | → ありの場合 （ ）回 |