

三井住友海上火災保険 2019年度 JCA 自転車保険加入申込票

正式名称：傷害補償(標準型)特約および交通事故危険のみ補償特約付団体総合生活補償保険

太枠内全てご記入下さい

※印の項目は、ご契約に際して引受保険会社がおたずねする特に重要な事項(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のうえご回答(記入)下さい。

| | |
|---------------|------------------|
| ご契約者 (団体名) | 公益財団法人日本サイクリング協会 |
|---------------|------------------|

| | | |
|-------------------|-------------------|---|
| 加入申込日 西暦 年 月 日 | (注)会員番号 | 電話番号 |
| 申込人 | 住所 (フリガナ) 〒 | 「ご加入内容確認事項」について確認するとともに、個人情報への取扱いに同意のうえ加入を申し込みます。 |
| | 氏名 (フリガナ) | |

| 保険期間 | |
|--------------------|--------------------|
| 2019年 4月 1日 午後4時から | 2020年 4月 1日 午後4時まで |
| 中途加入の場合 | |
| 年 月 1日 午前0時から | 2020年 4月 1日 午後4時まで |

(注) 会員番号は、新規会員は記入不要
 ■ 地方協会(本部含)ご所属の方は、保険料とJCA賛助会費を下記口座へお振込み下さい。(手数料はご負担下さい)

振込先：
 ゆうちょ銀行
 〇一八(ゼロイチハチ)支店
 (普)8533160
 ザイ)ニホンサイクリングキョウカイ

* 振込人名の前に会員番号をご記入下さい。(新規会員は不要)

| | | | | |
|------|-----------|----------|-----------------|------------------|
| 被保険者 | 氏名 | 加入申込人と同じ | 団体との関係 構成員本人 | コース名 A1 A2 A3 |
| | ※生年月日(西暦) | ※年齢 | 性別 男 女 | 保険料 円 |

【重要確認事項の告知(必須)】

告知がない場合、および告知の内容に間違いがあった場合は、「JCA自転車保険」に加入いただけない場合があります。

●保険加入制限

保険制度の維持・継続の観点より、下記項目に該当する方、または場合、「JCA自転車保険」に加入できませんのでご注意ください。
 JCA賛助会員として、サイクリングヤマト便など、保険以外の特典はご利用いただけます。

- JCAの保険を含む、ご自身でご加入されている交通傷害保険から、2017年度と2018年度の2年連続で保険金を受け取った(請求含む)方
- JCAの保険を含む、ご自身でご加入されている交通傷害保険から、2018年度に2回以上、保険金を受け取った(請求含む)方
- 以下の原動機付自転車運転免許取得に準ずる制限に関わる方
 - 視力(眼鏡等で矯正可)/両眼で0.5以上(片眼が見えない方は左右の視野が150度以上で視力が0.5以上)ない方
 - 色彩識別/赤・青・黄の3色が識別できない方
 - 運動能力/自転車の運転に支障を及ぼす身体障害がある方
 - 法令で定められた病気や、中毒/精神病、アルコール・麻薬・覚せい剤の中毒にかかっている方
- 過去に後遺障害を被った方
- お申込み時点、5歳に満たない方
- 競技・レースの練習や、フルベ等の競技・レースに準じる危険を伴う走行中の場合。
- 以下の外国人の方
 - 外国人登録証明書又はパスポートを所持していない方
 - 日本語を読めない方
 - 郵便物など送付物が着信できる住所を有さない方

1. 上記の重要確認事項①～⑦にひとつ以上 (該当する) . (該当しない)

2. 他の保険契約等、保険金請求歴

◆「あり」の場合、保険種類及び金額を必ずご記入ください。(未記入は「なし」と回答したことになります)

| | | | | | |
|---|-----------------|---------|---------|---|------|
| ※ <他の保険契約等> 同種の危険を補償する他の保険契約等(団体総合生活補償保険、普通傷害保険等)をい、いずれも積立保険を含みます。)がありますか。 (注)他の保険会社等における契約、共済契約、生命保険契約等を含みます。 <input checked="" type="checkbox"/> あり | | | | <保険金請求歴> 過去3年以内にケガで保険金(合計して5万円以上)を請求または受領したことがありますか。 (注)他の保険会社等への保険金請求を含みます。 <input checked="" type="checkbox"/> あり | |
| 保険種類 | 死亡・後遺障害 保険金額 | 入院保険金日額 | 通院保険金日額 | 会社名 | |
| | 万円 | 円 | 円 | | |
| | 万円 | 円 | 円 | 回数 | 保険金額 |
| 合計 | 万円 | 円 | 円 | 回 | 円 |

上記では記入欄が不足する場合には、取扱代理店または引受保険会社にお申し出下さい。

各コース保険料一覧(毎月15日締切 翌月1日から開始の保険料)

【(A1) エコノミー】例) 6月1日～翌年4月1日までの保険料は1,000円(エコノミーの場合)

| | | | | | | | | | | | | |
|-------|-------|-------|-------|------|------|------|-------|-------|-------|------|------|------|
| 補償開始日 | 4月1日 | 5月1日 | 6月1日 | 7月1日 | 8月1日 | 9月1日 | 10月1日 | 11月1日 | 12月1日 | 1月1日 | 2月1日 | 3月1日 |
| 保険料 | 1,200 | 1,100 | 1,000 | 900 | 800 | 700 | 610 | 500 | 400 | 300 | 200 | 100 |

【(A2) スタンダード】

| | | | | | | | | | | | | |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------|------|------|
| 補償開始日 | 4月1日 | 5月1日 | 6月1日 | 7月1日 | 8月1日 | 9月1日 | 10月1日 | 11月1日 | 12月1日 | 1月1日 | 2月1日 | 3月1日 |
| 保険料 | 3,000 | 2,740 | 2,510 | 2,250 | 2,000 | 1,750 | 1,510 | 1,250 | 1,000 | 750 | 500 | 260 |

【(A3) プレミアム】

| | | | | | | | | | | | | |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------|------|
| 補償開始日 | 4月1日 | 5月1日 | 6月1日 | 7月1日 | 8月1日 | 9月1日 | 10月1日 | 11月1日 | 12月1日 | 1月1日 | 2月1日 | 3月1日 |
| 保険料 | 5,000 | 4,590 | 4,160 | 3,760 | 3,340 | 2,920 | 2,500 | 2,090 | 1,660 | 1,260 | 840 | 420 |