

事業活動総合保険(傷害ユニット)の締結等に関する確認書

次の1. ご確認事項をお読みいただき、2. ～4. の補償内容をご確認いただきましたら、4. のご加入プランにチェックをし、5. に記名・捺印または署名をお願いします

1. ご確認事項

- ① 本保険契約は、補償対象者に対する災害補償を目的とするものであり、被保険者が本保険契約に定める補償保険金を受領した場合は、その全額を補償対象者またはその遺族に支払うものとします。被保険者は、補償対象者となる者全員に対して、被保険者が災害補償を目的として本保険契約を締結すること、ならびに被保険者が本保険契約に定める補償保険金を受領した場合は、本保険契約の約款に従い、被保険者がその全額を補償対象者またはその遺族に支払うことを周知しており、また今後あらたに補償対象者となる者に対してすみやかに周知します。
なお、被保険者が労働災害事故により補償対象者またはその遺族に損害賠償債務を負う場合、本保険契約に基づき被保険者が補償対象者またはその遺族に支払う補償金は、損益相殺の対象となるものとし、被保険者は補償対象者またはその遺族に対する損害賠償債務を免れることを補償対象者に確認しています。
- ② 保険契約を継続する場合は、新たに「確認書」を取り交わし提出します。災害補償規程などを定めている場合は、下表の金額が災害補償規程などの範囲内で定められていることを確認しています。
- ③ 本保険契約の補償対象者は、災害補償を目的として本保険契約が損害保険ジャパン株式会社と締結されることについて同意しています。

2. ご契約概要

被保険者 (加入者)	下記5. に記載のとおり		
保険契約者	一般財団法人 日本GAP協会		
保険期間	年 月 1日	から	2024年2月1日
証券番号			

3. 補償対象者の範囲

補償範囲	業務上のみ (※)
補償対象者の 範囲	役員/個人事業主本人
	正規従業員
	臨時雇従業員

(※) 業務上には出退勤途上も含みます。

4. ご加入プランと補償条件

補償の対象/ご加入プラン	標準プラン	安心プラン	充実プラン
死亡補償金/後遺障害補償金 (最高)	5,000千円	10,000千円	20,000千円
入院補償 (日額)	5,000円	10,000円	15,000円
通院補償 (日額)	3,000円	5,000円	10,000円

※ご加入されるプランにチェックをお願いします。

 : 標準プラン : 安心プラン : 充実プラン

5. 被保険者 (加入者 = 農場名・代表者名)

※加入申込日を記入いただき、法人の場合は記名・捺印、個人事業主の方は署名をお願いします。

年 月 日

印

※社内使用

加入者番号