

★SAJスキー補償制度にご加入される際、告知事項のある方は、県連等を経由せずに直接下記へFAXしてください。

2019/2020シーズン用

公益財団法人 全日本スキー連盟 御中
 (スキー補償制度担当:小林)
 (FAX:044-966-6345)

告知事項申告書 (団体用) ※未記入、不備があった場合は受付が出来ません

(SAJスキー補償制度加入申込票団体用付属書類)

<ご注意>
 ※印の告知事項について、故意または重大な過失により、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っている場合には、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。

ご記入日	令和 年 月 日				
加盟団体				コード	
地域				コード	
所属団体				コード	
SAJ会員番号					SAJ会員登録手続中の場合は、手続中と記入してください。

住所	〒 -	
氏名 (被保険者)	フリガナ (フルネームでご署名してください)	性別 男・女
生年(西暦)月日	TEL	FAX
年 月 日		

※同種の危険を補償する他の保険契約等 あり なし

「あり」の場合	保険種類			保険会社等の名称	
	保険金額	死亡・後遺障害保険金額(合計) 千円	入院保険金日額(合計) 円	通院保険金日額(合計) 円	
	満期日	年 月 日	賠償責任保険支払限度額 千円	動産総合保険(スキー・スノーボード用品) 千円	

被保険者が同一であり、タフ・ケガの保険、学生・子ども総合保険、タフ・ケガの保険(積立タイプ)等身体の傷害または同種の危険の補償に対して保険金が支払われる他の保険契約等をご記入ください(団体契約、生命保険、共済を含みます)。

過去の保険金請求・受領	過去3年以内にケガで保険金(5万円以上)を請求または受領したことがありますか。	<input checked="" type="radio"/> あり	回数 回
-------------	---	-------------------------------------	---------

受付日
