

申込締切日 2025年9月5日(金)

## 【公務員賠償責任保険】団体契約加入申込票

私は、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、申込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。

- この保険は、長野県庁生活協同組合を保険契約者とし、組合員を加入者(被保険者)とする公務員賠償責任保険の団体契約です。
- この保険は「公務員賠償責任保険普通保険約款」「公務員賠償責任保険追加特約」「職務関連行為に起因して提起される民事訴訟補償特約」「損害賠償請求期間延長特約」および各々の「特約」で構成されています。
- ご加入にあたっては、「公務員賠償責任保険のご案内」をご参照ください。

前年同一補償内容で継続加入の方は自動継続扱いとなりますので、加入申込票の提出は不要です。

加入区分⇒○印

新規

変更

脱退

加入依頼日	20 年 月 日			
加入者 (被保険者)	氏名	(フリガナ)		
		(漢字)		
	所属	職員番号		
	住所	TEL		
保険期間	2025年9月21日午後4時から 2026年9月21日午後4時 までの1年間			

加入プランを○で 囲んでください。	加入プラン		プラン①	プラン②	プラン③	プラン④
	(1請求・保険期間中)	支払限度額	損害賠償金 (免責金額なし)	3,000万円	5,000万円	1億円
争訟費用 (免責金額なし)			300万円	500万円	1,000万円	3,000万円
訴訟対応費用		500万円				
初期対応費用		500万円				
免責金額		0円				
	保険料(1年間)		5,230円	6,240円	7,840円	9,830円

※他の保険契約等	同種の危険を補償する他の保険契約等がある場合は、保険会社等の名称・保険種類・保険金額・支払限度額・満期日をお知らせください。 (保険会社等の名称) (保険種類) (保険金額・支払限度額) (満期日)
----------	---

※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っている場合には、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。

### 【保険料払込方法】

保険料は、2025年11月27日にご登録の口座からお振替させていただきます。