

【公務員賠償責任保険】
団体契約加入申込票

- この保険は、茨城県学校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。
- 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。

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。

申込区分⇒○印

新規

変更

脱退

申込依頼日		年 月 日						
申込依頼者名		(フリガナ)						
		(漢字)						
保険期間		2025 年 4 月 1 日午後 4 時 ～ 2026 年 4 月 1 日午後 4 時 1 年間						
被 保 険 者	氏名	(フリガナ) 上記申込依頼者と同一						
		(漢字) 上記申込依頼者と同一						
	所属（職場名） カタカナで記入			職員番号				
	自宅住所	〒 -		自宅 T E L				
加入プランの□にレ点 を入れてください。		プラン		□プラン 1	□プラン 2	□プラン 3	□プラン S	
		民事訴訟＋住民訴訟						
		支払限度額 (1 請求・保険期間中)	民事訴訟	損害賠償金 (免責金額なし)	1 億円	1 億円	3,000 万円	3 億円
				争訟費用 (免責金額なし)	1,000 万円	1,000 万円	300 万円	3,000 万円
		住民訴訟	損害賠償金 (免責金額なし)	1 億円	100 万円	100 万円	3 億円	
				争訟費用 (免責金額なし)	1,000 万円	10 万円	10 万円	3,000 万円
保険料（1 年間）		7,010 円	5,250 円	3,640 円	8,800 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 6 月給与控除になります。