

# 記入例

加入依頼日をご記入ください。

保険期間をご記入ください。

代表者印を押印してください。(個人の場合は、個人印を押印してください。)お申込印はご加入時の確認事項確認印を兼ねております。

(公社)日本建築士会連合会 御中

加入者証  
番号

## 既存住宅状況調査技術者団体賠償責任保険制度 加入依頼書

【ご加入時の確認事項】私は、契約者である団体の構成員であることを確認し、団体に対してこの保険契約への加入を依頼いたします。また、私は裏面記載の「個人情報の取扱いに関するご案内」の内容について確認の上、同意いたします。

加入依頼日 西暦 2023年 3月 15日

太枠の部分へご記入・押印ください。支店・部門ごとの加入の場合は取扱代理店までご連絡ください。

加入申込人 (設計事務所)	住所	フリガナ トウキョウト ミナトク シンバ 〒108-0014 東京都港区芝5-26-20		補償期間	2023年 4月 1日 午後4時から 2024年 4月 1日 午後4時まで	12 ヵ月	
	★事務所名	フリガナ カ) ニッケンレンケンテクセツケイジムシヨ 株式会社 日建連建築設計事務所					お申込印 ご加入時の確認事項 確認印兼用 
	★代表者名	フリガナ ダイヒョウトリシマリヤク ヒノモト イチロウ 代表取締役 日本 一郎	担当者名	東京 太郎			
	TEL	03-3456-0000	FAX	03-3456-9999			
	e-mail	〇〇〇〇〇@△△△.co.jp					
	日中連絡の取れるTEL	080-3456-0000	所属建築士会名	東京	建築士会		
	所属建築士会会員名	東京 太郎	調査技術者の人数	2			
	所属建築士会の会員名を記入してください。						

### STEP1 調査実施件数のご申告

2022年1月1日～2022年12月31日までの間に建物状況調査業務を実施し、調査報告書を提出した件数をご記入ください。

⑦ 調査実施件数 33 件 = ① 再委託を受けた調査実施件数 3 件 + ② 再委託を除く調査実施件数 30 件

### STEP2 ▼A・Bどちらかに○をご記入ください

必須	<input checked="" type="radio"/> タイプA	右記①②のようなケースでも補償の対象とすることができます。	①委託元が同種の保険に加入していない場合。 ②委託元が同種の保険に加入している場合でも、保険金支払限度額を超えた損害が発生した場合。	☆ 保険料算出基礎数字 33 件
	<input type="radio"/> タイプB	右記①②のようなケースで、保険で補償することができません。		

タイプAの場合は⑦の件数  
タイプBの場合は②の件数を  
下記①にご記入ください。

STEP2 必ずA・Bどちらかのタイプをお選びください。  
タイプA:再委託を受けた調査実施件数も含めて、補償の対象として計算します。  
タイプB:再委託を除く調査実施件数を、補償の対象として計算します。

▼イメージ図  
タイプA タイプB

●「けんばい」に未加入の場合

STEP4 制度運営費の加算  
発送事務費など、団体制度の維持に要する費用を算入し、けんばい加入者割引10%適用

STEP5 掛金の算出(①×②+③)  
算出額が10,500円以上の場合は、その額が掛金となります。  
算出額が10,500円に満たない場合は、10,500円をお支払いいただきます。

けんばいに別途ご加入の方は、けんばいの加入者番号を記載ください。割引となります。

STEP5 10,500円を下回る場合は10,500円と記載ください。

①×②+③=④  
1,980円 + 500円 = 2,480円  
④×⑤=⑥  
2,480円 × 27 = 66,960円  
⑥の額が10,500円に満たない場合は、10,500円となります。

最終金額: 65,840円

調査実施件数(保険料算出基礎数字)と、具体的な<掛金例>は「裏面」をご覧ください。

★告知事項申告欄

1. 本保険で対象となる危険について、過去に引受保険会社と締結した保険契約の申込時において、すでに告知いただいたものを除きます。	(はい) <input checked="" type="radio"/> (いいえ) <input type="radio"/>
2. 本保険で補償の対象となる危険について、将来損害賠償請求を受けるおそれのある事実がすでに発生していることを知っていますか。	(はい) <input checked="" type="radio"/> (いいえ) <input type="radio"/>
3. 上記1.または2.のいずれかその原因となる事実について、すでに告知いただいたものを除きます。	(はい) <input checked="" type="radio"/> (いいえ) <input type="radio"/>
4. 他の同種の保険契約または共済契約がありますか。	(いいえ) <input checked="" type="radio"/> (はい) <input type="radio"/> → 「はい」の場合はその具体的な内容を下記にご記入ください。

会社名および団体名  
加入開始年月日 年 月 日 保険等の種類  
満期日 年 月 日 支払限度額

★または☆が付された事項は、ご加入に関する重要な事項(告知事項)です。これらに事実と異なる記載をした場合やこれらに事実を記載しない場合は、ご加入を解除することがあります。☆が付された事項(通知事項)は内容変更が生じた場合は、すみやかにご加入の取扱代理店または引受保険会社にご連絡いただく義務があります。ご連絡がない場合は保険金をお支払いできないことがあります。また、変更の内容によってご加入を解除することがあります。

★および☆印の項目(検査実施件数、告知事項申告欄等)については事実をお申し出いただく義務がありますので正確にご記入ください。