

ユニヴァ共済協同組合ならびにユニヴァ共済

ケガ・熱中症保障加入申込書

ユニヴァ共済協同組合 御中

私は、ユニヴァ共済協同組合のパンフレット、および「重要事項説明書」の内容(保障額・共済掛金など)が私のニーズに合致していることを確認し、被共済者と共に理解・承知し、「個人情報保護の取り扱いについて」に同意の上、以下の通り共済契約を申し込みます。
また、本書面に記入した情報は、貴組合が行う事業継続の実態調査のために使用されることに同意します。

申込日	年	月	日	<input type="checkbox"/> 新規申込の方	<input type="checkbox"/> 追加申込の方
-----	---	---	---	---------------------------------	---------------------------------

■ 個人事業主として、組合員になる方【契約者】

※ 初回のみ「出資金」として500円必要になります。

フリガナ		印	
契約者名	法人で加入する方は、法人名ならびに代表者名を記入してください。		
フリガナ			
住所	〒 ー ー		
■携帯電話:	ー ー	■電話:	ー ー

共済に加入する方の情報は、右の被共済者名簿に記入してください。

■ 掛金のお支払方法を選択してください。

<input type="checkbox"/> クレジットカード払い	<input type="checkbox"/> 口座振替払い
-------------------------------------	---------------------------------

■ 掛金のお支払方法としてクレジットカード払いを選択された方は記入してください。

カード会社	<input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MASTER <input type="checkbox"/> JCB <input type="checkbox"/> AMEX	カード名義人 ※ローマ字で記入	
カード番号	ー ー ー ー ー ー ー ー ー ー	有効期限	月/20 年

掛金のお支払方法として口座振替払いを選択された方は別紙、口座振替依頼書に必要事項を記入してください。

【口座振替払いを選択した場合の掛金引落としと共済金お支払いについて】

■ 11月1日 責任開始の場合

10月 申し込み

11月 責任開始

12月 11, 12月分に充当

1月 27日 口座振替開始
引落とし対象 出資金+共済掛金(2カ月分)

2月 27日 口座振替
引落とし対象 共済掛金

3月 27日 口座振替
引落とし対象 共済掛金

申込書、告知書が届き、内容に不備がなければ、翌月の1日より責任は開始されます。
口座振替払いを選択した場合、第1回共済掛金を振り替えるタイミングで、出資金(500円)と2カ月分の共済掛金を振り替えることとなりますが、責任開始から第1回共済掛金を引落とすときまでに、事故が発生した場合、第1回共済掛金の引落としが確認できたタイミングで共済金をお支払させていただくこととなります。

クレジットカードのお支払いについてはユニヴァ共済までお問い合わせください。

【ユニヴァ共済被共済者名簿】

- ・事実ではないことを記入されたときは、契約は解除され共済金をお支払いできない場合があります。
- ・会員番号欄は、個人事業主として組合員になる方(契約者)の番号を記入してください。
- ・加入する方の続柄によっては、加入する方の免許証などの確認書類の提出をお願いする場合があります。

※BC番号が未記入の場合は「001」で登録いたします。
※ユニメイトの方は、mで始まる7桁の番号のみを記入してください。

■ 共済に加入する方

被共済者	加入する方の氏名	契約者の会員番号	加入コース
	フリガナ	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 西暦 年 月 日	<input type="checkbox"/> ケガ・熱中症保障共済 (1,300円/月)
		続柄 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子供 <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> その他()	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	右記、質問事項をよく読みお答えください	現在けがの治療中、または検査や治療が必要と指摘されていますか？ 現在検査中の方も含みます。(病気は含みません。)	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
	過去1年以内に同一の傷害により14日以上入院または通院をした、もしくはその必要があると診断されていますか？(病気は含みません。)	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	
	過去1年以内に熱中症により14日以上入院または通院をした、もしくはその必要があると診断されていますか？(病気は含みません。)	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	

■ 共済に加入する方

被共済者	加入する方の氏名	契約者の会員番号	加入コース
	フリガナ	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 西暦 年 月 日	<input type="checkbox"/> ケガ・熱中症保障共済 (1,300円/月)
		続柄 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子供 <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> その他()	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	右記、質問事項をよく読みお答えください	現在けがの治療中、または検査や治療が必要と指摘されていますか？ 現在検査中の方も含みます。(病気は含みません。)	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
	過去1年以内に同一の傷害により14日以上入院または通院をした、もしくはその必要があると診断されていますか？(病気は含みません。)	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	
	過去1年以内に熱中症により14日以上入院または通院をした、もしくはその必要があると診断されていますか？(病気は含みません。)	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	

■ 共済に加入する方

被共済者	加入する方の氏名	契約者の会員番号	加入コース
	フリガナ	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 西暦 年 月 日	<input type="checkbox"/> ケガ・熱中症保障共済 (1,300円/月)
		続柄 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子供 <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> その他()	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	右記、質問事項をよく読みお答えください	現在けがの治療中、または検査や治療が必要と指摘されていますか？ 現在検査中の方も含みます。(病気は含みません。)	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
	過去1年以内に同一の傷害により14日以上入院または通院をした、もしくはその必要があると診断されていますか？(病気は含みません。)	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	
	過去1年以内に熱中症により14日以上入院または通院をした、もしくはその必要があると診断されていますか？(病気は含みません。)	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	

申込書・告知書・口座振替依頼書の控えが必要な方は、ご自身でコピーの上、保管してください。後日、ユニヴァ共済より共済証書を送付させていただきます。