

おぢばがえり団参保険 申込書

※天理教教会が主催する団体旅行が補償の対象となります

申込日 令和 年 月 日

日 程	～		
総 人 数	名	1名あたりの口数	
総 保 険 料	円	賠 償 責 任	<input type="checkbox"/> 含 む
教 会 名	(フリガナ)		
担 当 者 氏 名		携 帯 番 号	
請 求 送 付 先	<input type="checkbox"/> メールアドレス	メールアドレスもしくはFAX番号をご記入ください	
選 ん で ご 記 入 く だ さ い	<input type="checkbox"/> F A X 番 号		
行 き 先	<input type="checkbox"/> 天理を含む ・ <input type="checkbox"/> その他()		

参加者名簿 フルネーム氏名をご記入下さい

1		21	
2		22	
3		23	
4		24	
5		25	
6		26	
7		27	
8		28	
9		29	
10		30	
11		31	
12		32	
13		33	
14		34	
15		35	
16		36	
17		37	
18		38	
19		39	
20		40	

MAIL: dansan@trmj.co.jp FAX: 03-3391-8888

おぢばがえり団参保険

株式会社TRMジャパン
国内旅行傷害保険
令和2年12月

申込方法

- 裏面の申込書にご記入の上、ご出発日までに代理店宛にメールまたはFAXをお送り下さい。補償プラン、名簿に変更がある場合も出発日までに申込書を再送して下さい。
- 出発日頃に**保険料お支払のご案内をメール**またはFAXでお送り致しますので、出発日の翌月10日までにお支払下さい。

保険料:1名1口あたり

日程		1泊2日まで	3泊4日まで	6泊7日まで	13泊14日まで	1ヶ月まで	
保険金額	死亡後遺症	賠償責任なし	600万円	350万円	490万円	550万円	550万円
		賠償責任あり	650万円	350万円	470万円	460万円	540万円
	ケガの入院	日額 2,000円					
	ケガの通院	日額 1,000円					
	手術保険金	イ. 入院中に受けた手術の場合:入院保険金日額2,000円×10倍 ロ. イ以外の場合:入院保険金日額2,000円×5倍					
	賠償責任	3,000万円					
その他	旅行行程中の食中毒(0-157など)もお支払対象となります						
保険金をお支払する場合	死亡後遺障害	ケガが原因でその日を含めて180日以内に死亡または後遺障害が生じた場合にお支払します					
	入院	ケガが原因でその日を含めて180日以内に入院した場合に180日を限度としてお支払します					
	通院	ケガが原因でその日を含めて180日以内に通院した場合に90日を限度としてお支払します					
保険料	賠償責任なし	150円	150円	200円	300円	500円	
	賠償責任あり	200円	200円	250円	350円	600円	

※ 注意事項 ※ 必ずお読み下さい

- 電話によるお問合わせは、一般契約と区別する為、必ず「団参保険の件で、〇〇分教会の担当〇〇です」と先にお伝えください。
- 補償プランや参加者に変更があった場合は必ず名簿をメールまたはFAXにてご再送下さい。
- 上記保険料は1名1口あたりの保険料です。2口にすると各補償は2倍になり、保険料も2倍になります。
- 口数が未記入の場合は1口とみなします。申込書の項目はすべてご記入頂きます様お願い致します。
- 団参保険ですが、行き先は天理以外でも使用可能です。その他の欄に行き先をご記入下さい。

事故やその他お問い合わせ

【取扱代理店】

〒166-0004 東京都杉並区阿佐谷南3-46-2
日新火災海上保険株式会社 代理店 TRMジャパン
EL:03-3392-8392 / FAX:03-3391-8888

MAIL: dansan@trmj.co.jp

申込書データダウンロード:東京教区ホームページからダウンロードが可能です

※事故時は30日以内にご報告下さい

上記保険料表は保険のごく一部を抜粋したものです。保険金の支払条件その他この保険の詳細につきましては取扱代理店または日新火災海上保険株式会社へお問い合わせ下さい。