京都府電気工事工業協同組合員の皆さまへ

同封のパンフレットの内容および「個人情報の取扱いに関する説明事項」に同意のうえ、加入依頼書にてエース業務災害補償制度（業務災害安心総合保険）に加入依頼ください。お申込みの際は、「契約内容がご希望に沿っていること」および「保険料算出にかかわる事項が正しいこと」を必ずご確認ください。上記事項について、保険会社および代理店より確認をさせていただく場合がございます。

京都府電気工事工業協同組合御中

エース業務災害補償制度・見積依頼書兼同意書

次の項目をご記入ください。

① 加入対象者（被保険者）	組合員名（法人事業所：法人名・役職名・代表者名／個人事業所：屋号・名前）			
② 従業員代表署名	今般、会社より災害補償規定および本人を補償対象とする保険契約の締結について通知を受け、その内容に関し「災害補償規定」、「保険契約」、「保険契約締結に関する確認事項」、災害死亡保険金の受取人指定について全補償対象者（一部、全被保険者）を代表して確認しました。 年　月　日 ＊従業員もしくは家族従事者がいらっしゃらない場合は加入対象者ご本人がご署名ください。			
③ 主たる事業種類	電気工事業　＊（製造業）など具体的に記載ください 電気工事業以外の場合（　業）			
④ 住所／電話番号	〒 TEL（　）			
⑤ プラン ＊ご希望のプランに○印をつけてください ＊パンフレットP4、5を参照	Aプラン	Bプラン	Cプラン	Dプラン
⑥ オプション	使用者賠償責任	加入する	1億円	
	疾病入院保険金	加入する	5,000円	
	葬祭見舞金 ＊売上高が1.5億円以上の会員のみご加入いただけます	加入する	30万円	
	雇用慣行賠償責任 ＊従業員がいる会員のみご加入いただけます	加入する	3,000万円	

他の保険会社等で傷害保険など同じ補償内容の保険契約をされていますか？	＊ありの場合はご契約内容をご記入ください　あり　なし				
	他の保険会社等で契約されている傷害保険など同じ補償内容の保険契約内容	保険会社名		保険の種類	
		満期日	年　月　日	死亡保険金額	万円
		休業・入院日額（合計）	円	賠償責任（合計）	万円
役員数・従業員数	役員数：　名　従業員数：　名			＊従業員がいない場合は「0」をご記入ください ＊家族従事者は従業員として数えます	

＊今回のお申し込みにあたり、ご提出（返送）いただく書類はこの「見積依頼書」と「保険料算出の基礎数値に関する申告書」の２枚です。

＊**必ず２枚一緒に返信用封筒に入れてご提出ください。**

提出締切：2025年5月1日（木）

CL252103

Chubb損害保険株式会社御中

保険料算出の基礎数値に関する申告書

保険種目	業務災害安心総合保険(GPA Pro)
保険期間	2025年6月1日午後4時から2026年6月1日午後4時まで
保険料算出の基礎数値	把握できる直近会計年度の年間売上高(消費税込み)

加入対象者さまご記入欄

(ご記入いただいた内容を訂正される場合は二重線で抹消のうえ、加入対象者さまの訂正印を押印いただき、余白に正しい内容をご記入ください。)

上記保険契約につき、保険料算出の基礎数値を下記の通り申告します。

① 年間の売上高(万円単位の金額)および外注費をご記入ください

売上高	万円	**外注費**	万円

② 上記の根拠となる資料の名称(該当する資料に ☑ をつけてください。)

☐	**① 損益計算書**	☐	**② 確定申告書**
☐	①②以外の資料の場合、具体的な名称をご記入ください ※貴社内の呼称で構いません	(	)

※Chubb損害保険株式会社が根拠となる資料の提出を求めたとき(保険金請求時など)は必ず提出をお願いします。

記載した内容は事実に相違ありません。

③ 記入日、社名・代表者名を記名ください　　(当申告書の記入日)　　年　　月　　日

被保険者名(組合員名) **法人事業所：法人名・役職名** **代表者名** **個人事業所：屋号・名前**	フリガナ

※記載内容が事実と異なる場合、ご契約を解除させていただくことや保険金をお支払いできないことがあります。

個人情報の取扱いについて

京都府電気工事工業協同組合は、本契約に関する個人情報をチャブ保険に提供します。
チャブ保険の個人情報の取扱いについては、別紙の重要事項説明書をご覧ください。
申込人(加入者)および被保険者は、これら個人情報の取扱いに同意のうえご加入ください。

エース業務災害補償制度・見積依頼書兼同意書・・・記入見本

京都府電気工事工業協同組合員の皆さまへ

同封のパンフレットの内容および「個人情報の取扱いに関する説明事項」に同意のうえ、加入依頼書にてエース業務災害補償制度（業務災害安心総合保険）に加入依頼ください。お申込みの際は、「契約内容がご希望に沿っていること」および「保険料算出にかかわる事項が正しいこと」を必ずご確認ください。上記事項について、保険会社および代理店より確認をさせていただく場合がございます。

京都府電気工事工業協同組合御中

エース業務災害補償制度・見積依頼書兼同意書

次の項目をご記入ください。

① 事業所名と代表者名を記入して下さい（ゴム印 OK）

②従業員代表の方が署名して下さい。（役員やその親族以外の方でお願いします）

※従業員もしくは家族従事者がいない場合は加入対象者本人が署名して下さい

署名した日付

③電気工事業以外をされている場合は（製造業）など具体的に記入下さい

④郵便番号、住所、電話番号を記入して下さい（ゴム印 OK）

⑤希望するプランに必ず〇を付けて下さい

⑥オプション加入希望の場合〇を付けて下さい

他の保険会社で傷害保険など同じ補償内容の保険を契約されている場合は

ありに〇を付けて、保険契約内容を記入して下さい

役員数・従業員数を記入して下さい。従業員がいない場合、従業員数は 0 名と記入して下さい

家族従事者は従業員として数えますので、従業員数の欄に人数を記入して下さい

① 加入対象者（被保険者）	組合員名（法人事業所：法人名・役職名・代表者名／個人事業所：屋号・名前）				
② 従業員代表署名	年　月　日 ＊従業員もしくは家族従事者がいらっしゃらない場合は加入対象者ご本人がご署名下さい。				
③ 主たる事業種類	電気工事業　＊（製造業）など具体的に記載ください 電気工事業以外の場合（　　業）				
④ 住所／電話番号	〒 TEL(				
⑤ プラン ＊ご希望のプランに〇印をつけてください ＊パンフレットP4、5を参照	Aプラン	Bプラン	Cプラン	Dプラン	
⑥ オプション	使用者賠償責任	加入する	1億円		
	疾病入院保険金	加入する	5,000円		
	葬祭見舞金 ＊売上高が1.5億円以上の会員のみ	加入する	30万円		
	雇用慣行 ＊従業員が ご加入し				
他の保険会社等で傷害保険など同じ補償内容の保険契約をされていますか？	＊ありの場合はご契約内容をご記入ください	あり	なし		
	他の保険会社等で契約されている傷害保険など同じ補償内容の保険契約内容	保険会社名		保険の種類	
		満期日	年　月　日	死亡保険金額	万円
		休業・入院日額（合計）	円	賠償責任（合計）	万円
役員数・従業員数	役員数：　名　従業員数：　名			＊従業員がいない場合は「0」をご記入ください ＊家族従事者は従業員として数えます	

CL252103

保険料算出の基礎数値に関する申告書・・・記入見本

Chubb損害保険株式会社御中

保険料算出の基礎数値に関する申告書

保険種目	業務災害安心総合保険(GPA Pro)
保険期間	2025年6月1日午後4時から2026年6月1日午後4時まで
保険料算出の基礎数値	把握できる直近会計年度の年間売上高(消費税込み)

加入対象者さまご記入欄

(ご記入いただいた内容を訂正

上記保険契約につき、保険料

① 年間の税込売上高と外注費を“万円単位”で記入して下さい

※外注費が無い場合は 0 を記入して下さい

① 年間の売上高(万円単位の金額)および外注費をご記入ください

売上高	万円	**外注費**	万円

② ①の売上高や外注費の根拠となる資料に☑を付けて下さい

② 上記の根拠となる資料の名称(該当する資

☐	**① 損益計算書**	☐	**② 確定申告書**
☐	①②以外の資料の場合、具体的な名称をご記入ください ※貴社内の呼称で構いません	(	)

※Chubb損害保険株式会社が根拠となる資料の提出を求めたとき(保険金請求時など)は必ず提出をお願いします。

記入した日付

記載した内容は事実に相違ありません。

③ 記入日、社名・代表者

年　月　日

③ 事業所名と代表者名を記入して下さい(ゴム印 OK)

被保険者名(組合員名) **法人事業所：法人名・役職名** **代表者名** **個人事業所：屋号・名前**	フリガナ

事業所名と代表者名のフリガナを記入して下さい

※記載内容が事実と異なる場合、ご契約を解除させていただくことや保険金のお支払いできないことがあります。

個人情報の取扱いについて

京都府電気工事工業協同組合は、本契約に関する個人情報をチャブ保険に提供します。
チャブ保険の個人情報の取扱いについては、別紙の重要事項説明書をご覧ください。
申込人(加入者)および被保険者は、これら個人情報の取扱いに同意のうえご加入ください。

CL252103