

ビルオーナー賠償責任団体保険制度加入依頼書

公益社団法人 ロングライフビル推進協会 御中

以下のとおり、ビルオーナー賠償責任団体保険制度に申込みいたします。
申込人(加入者)は、募集文書等に掲載の個人情報の取り扱いに同意します。

◆ビルオーナー施設賠償責任保険の加入確認

ビルオーナー賠償責任保険に加入します。	<input type="checkbox"/> 加入します
---------------------	--------------------------------

本保険は協会の正会員又は賛助会員を対象とする団体保険です。協会に未加入の場合は、協会ホームページの「入会のご案内」(<http://www.belca.or.jp/nyuukai.htm>)をご覧ください。

◆加入申込日 平成 年 月 日

◆申込人(加入者)

住所	フリガナ 〒 -	
TEL	()	FAX - -
会員名	フリガナ	代表者印
代表者名	フリガナ	
メールアドレス	@	
担当者名	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> その他()	

◆保険対象建物

建物名①		延床面積(10㎡単位)(※1)	
建物住所			
診断年月日(※2)		ビルディングドクターの 氏名・登録番号(※2)	()
建物名②		延床面積(10㎡単位)(※1)	
建物住所			
診断年月日(※2)		ビルディングドクターの 氏名・登録番号(※2)	()
建物名③		延床面積(10㎡単位)(※1)	
建物住所			
診断年月日(※2)		ビルディングドクターの 氏名・登録番号(※2)	()

建物数が多く、記入欄が足りない場合は、協会ホームページ(<http://www.belca.or.jp/biruhokenmousikomi.htm>)に追記用の様式を用意しておりますのでご利用下さい。

※1 延床面積が正しく申告されていない場合、保険金がお支払いされない場合がございますのでご注意ください。
延床面積は1の位を四捨五入してください。

※2 診断年月日とビルディングドクター登録番号は保険対象建物にビルディングドクター割引が適用される場合にご記入下さい。

◆保険期間

平成	年	月	1 日 から
平成	28 年	4 月	1 日 まで

ご加入は、随時受け付けています。その場合の保険期間は、毎月15日(休日の場合は前営業日)までの受付分(「当該加入依頼書」原本がロングライフビル推進協会へ到着し、かつ毎月20日までに保険料の着金が必要です。)は、受付日の翌月 1日(15日過ぎの受付分は翌々月1日)から補償が開始されます。

◆昇降機特約

昇降機特約に加入します。	<input type="checkbox"/> 加入します	<input type="checkbox"/> 加入しません
	一般用昇降機()基	従業員専用昇降機()基

【保険料相当額について】

保険料相当額はパンフレットをご覧ください。

【申込方法・保険料相当額の支払い方法】

保険加入を希望する会員は、本申込書(協会ホームページ<http://www.belca.or.jp/biruhokenmousikomi.htm>)にEXCELとPDFのデータがあります。)に必要事項を記入・押印し協会へご郵送下さい。

申込書の内容を確認した後、協会から請求書を送付しますので、請求書に記載された期日までに協会に保険料相当額をお支払い下さい。

【お申込み先】

公益社団法人ロングライフビル推進協会 〒105-0013 東京都港区浜松町2-1-13
TEL: 03-5408-9830 FAX: 03-5408-9840

◆保険対象建物

建物名④		延床面積(10㎡単位)(※1)	
建物住所			
診断年月日(*2)		ビルディングドクターの 氏名・登録番号(※2)	()
建物名⑤		延床面積(10㎡単位)(※1)	
建物住所			
診断年月日(*2)		ビルディングドクターの 氏名・登録番号(※2)	()
建物名⑥		延床面積(10㎡単位)(※1)	
建物住所			
診断年月日(*2)		ビルディングドクターの 氏名・登録番号(※2)	()
建物名⑦		延床面積(10㎡単位)(※1)	
建物住所			
診断年月日(*2)		ビルディングドクターの 氏名・登録番号(※2)	()
建物名⑧		延床面積(10㎡単位)(※1)	
建物住所			
診断年月日(*2)		ビルディングドクターの 氏名・登録番号(※2)	()
建物名⑨		延床面積(10㎡単位)(※1)	
建物住所			
診断年月日(*2)		ビルディングドクターの 氏名・登録番号(※2)	()
建物名⑩		延床面積(10㎡単位)(※1)	
建物住所			
診断年月日(*2)		ビルディングドクターの 氏名・登録番号(※2)	()
建物名⑪		延床面積(10㎡単位)(※1)	
建物住所			
診断年月日(*2)		ビルディングドクターの 氏名・登録番号(※2)	()
建物名⑫		延床面積(10㎡単位)(※1)	
建物住所			
診断年月日(*2)		ビルディングドクターの 氏名・登録番号(※2)	()
建物名⑬		延床面積(10㎡単位)(※1)	
建物住所			
診断年月日(*2)		ビルディングドクターの 氏名・登録番号(※2)	()
建物名⑭		延床面積(10㎡単位)(※1)	
建物住所			
診断年月日(*2)		ビルディングドクターの 氏名・登録番号(※2)	()
建物名⑮		延床面積(10㎡単位)(※1)	
建物住所			
診断年月日(*2)		ビルディングドクターの 氏名・登録番号(※2)	()

※1 延床面積が正しく申告されていない場合、保険金がお支払いされない場合がございますのでご注意ください。

延床面積は1の位を四捨五入してください。

※2 診断年月日とビルディングドクター登録番号は保険対象建物にビルディングドクター割引が適用される場合にご記入下さい。