

JAC正会員各位

カイロ賠償保険加入ご案内

補償額 : 1億円

補償内容 身体:1事故に付 1億円
財物:1事故に付 500万円
(共通免責3万円)

支払額 : 18000円(12/1~1年間)
::中途加入の際は右記を参照してください。

中途加入額	加入月	支払額
	1/1~	17,000
	2/1~	15,500
	3/1~	14,000
	4/1~	12,500
	5/1~	11,000
	6/1~	9,500
	7/1~	8,000
	8/1~	6,500
	9/1~	5,000
	10/1~	3,500
	11/1~	2,000

*団体保険のため、JAC会員が対象となります。JACに加入後に、申込をしてください。

***住所 I : 自宅住所をご記入ください。**

*住所 II・III : 治療院住所/治療院名をご記入ください。治療住所が複数あるときは、全部記入してください(出勤曜日は不要です)。返送はFAXでも結構です。

***郵送物の受け取り住所にチェックをつけてください。**

*住所変更は速やかにお届け願います。

*JCA/RMIT大学/JAC関係のカイロ賠償保険は、全てジェーシーエイ企画が取り扱い窓口になっております。

*加入希望日より約1週間前までの入金が必要です。(振込みから1週間後より加入となる為)

*加入者証は2~3ヵ月後代理店より直接送付されます。

*事故対応には実費がかかります。

振込先
みずほ銀行 新橋中央支店
普通口座 2062466
口座名義 (有)ジェー・シー・エイ企画

日本カイロプラクティック総連盟
(有)ジェーシーエイ企画
〒105-0004東京都港区新橋6-20-11 IKビル5F
TEL 03-3578-9318 FAX 03-5401-0956
メールアドレス : uwadaira@chiro.jp

担当 上平

カイク賠償保険(1億円型)申込用紙

申請日 年 月 日

加入月 年 月 日～ 年 11月 30日

フリガナ
氏名

生年月日

郵送用 〒

フリガナ
住所Ⅰ・自宅

TEL

FAX

郵送用 〒

フリガナ
住所Ⅱ
治療院名

TEL

FAX

郵送用 〒

フリガナ
住所Ⅱ
治療院名

TEL

FAX

郵送用 〒

フリガナ
住所Ⅲ
治療院名

TEL

FAX

昼間連絡のとれる電話番号及び携帯電話

メールアドレス

備考・連絡事項のある方はご記入ください