

レクリエーション傷害保険

普通傷害保険 行事参加者の傷害危険補償特約等セット



今日はこんな
レクリエーション、
でも万一事故があったら
大変です!!

行事参加中の熱中症や
細菌性食中毒も補償!!

合理的な保険料でレクリエーション中のケガを補償します。

バーベキューの準備中、鍋を倒しヤケドをした。



ソフトボールの試合中に骨折。



運動会で玉ころがしに参加中、アキレス腱を切断。



対象となる
行事

1日の参加者が10名以上の各種行事です。
開催日が2日以上の場合には、1日平均で
10名以上の参加が必要になります。

ご注意

- 1保険契約あたりの最低保険料は、1,000円です。
- 宿泊を伴う行事は対象となりません。
(国内旅行傷害保険をおすすめします。)
- 日程変更(雨天中止など)が生じた場合には、直ちに取扱代理店・扱者または弊社までご連絡ください。

申込人
(保険契約者)

任意
(例:行事の主催者)

被保険者
(保険の対象となる方)

行事に参加する方全員
(一部の方を除外することはできません。)

■ご契約プランの例 熱中症危険補償特約、細菌性食中毒補償特約セット

補償内容(参加者1名あたり) \ プラン	A10	A20	B10	B20	C10
死亡保険金	700万円	900万円	400万円	600万円	250万円
後遺障害保険金(障害の程度に応じて)	28万円~700万円	36万円~900万円	16万円~400万円	24万円~600万円	10万円~250万円
入院保険金 日額(180日限度)	2,000円	5,000円	2,000円	3,000円	2,000円
手術保険金 (手術時の入院の有無に応じて/ 1事故につき1回)	入院中 入院中以外 2万円 1万円	入院中 入院中以外 5万円 2.5万円	入院中 入院中以外 2万円 1万円	入院中 入院中以外 3万円 1.5万円	入院中 入院中以外 2万円 1万円
通院保険金 日額(90日限度)	1,000円	3,000円	1,000円	1,500円	1,000円
保険料 (参加者1名1日あたり)	団体割引なし	32円	53円	105円	158円
	団体割引5%	29円	49円	100円	150円
行事の内容 (右記以外はお問い合わせください)	映画鑑賞・いも煮会・お花見・見学会・各種果物狩・写生会・ハイキング・バーベキュー・体力テスト・ラジオ体操・ゲートボール・フォークダンス・ボウリング・オリエンテーリング・バレーボール・ソフトボール・バドミントン・ゴルフ・草むしり・スキューティング・乳幼児教室・盆踊り・老人スポーツ大会 など		運動会・フィールドアスレチック・軟式野球・アイススケート・駅伝・サイクリング・ハンドボール・バスケットボール・体操・剣道・納涼船・ローラースケート・陸上競技・トライアスロン(水泳・自転車・マラソン) など		スキー・サッカー・ラクロス・ボディボード・サーフィン など

※1日あたりの参加者の人数が20名以上500名未満の場合、団体割引5%が適用されます。その他、参加者の人数に応じて適用される団体割引が異なりますので、詳細についてはお問い合わせください。

■補償内容

①基本となる補償

保険金をお支払いする場合		保険金をお支払いしない主な場合
保険金の種類	保険の対象となる行事に参加中の被保険者が被ったケガを補償します。いずれも補償対象となるのは事故日を含めて180日以内です。	次の事由によって生じたケガに対しては、保険金をお支払いいたしません。 ●故意または重大な過失 ●自殺行為、犯罪行為または闘争行為 ●自動車・バイク・クレーン車などの無資格運転・酒気帯び運転・麻薬などを使用しての運転中に被ったケガ ●病気・心神喪失などおよびこれらを原因とするケガ(例えば歩行中に病気により意識を喪失し転倒したためにケガをした場合など) ●入浴中の溺水(ただし、弊社が保険金を支払うべきケガによって生じた場合には、保険金をお支払いします。) ●妊娠・出産・早産 ●むちうち症、腰痛、その他の症状でそれを裏付けるに足りる医学的他見所のないもの ●地震・噴火またはこれらによる津波 ●特に危険な運動中のケガ(ビックルなどの登山用具を使用する山岳登山、スカイダイビング、ハンググライダー搭乗など) ●戦争・革命・内乱・暴動 ●放射線照射・放射能汚染 など
死亡保険金	亡くなった場合に、死亡・後遺障害保険金額の全額をお支払いします。(後遺障害保険金をお支払いした場合、その額を差し引いてお支払いします。)	
後遺障害保険金	身体に障害が残った場合に、後遺障害の程度に応じた額をお支払いします。(失明、指の切断など)	
入院保険金	入院した場合に、[ご契約の保険金日額×入院日数]をお支払いします。(1事故につき180日限度)	
手術保険金	所定の手術を受けた場合に、手術時の入院の有無に応じた額(入院保険金日額の10倍または5倍)をお支払いします。(1事故につき1回)	
通院保険金	通院した場合に、[ご契約の保険金日額×通院日数]をお支払いします。(1事故につき90日限度)	

②主な特約 原則「熱中症危険補償特約」および「細菌性食中毒補償特約」が自動セットされます。

特約の名称	保険金をお支払いする場合
熱中症危険補償特約	急激かつ外来の日射または熱射による身体障害についても保険金をお支払いします。
細菌性食中毒補償特約	細菌性食中毒およびウイルス性食中毒を発症した場合も保険金をお支払いします。

■「通知・精算が不要な方式」でのご契約をおすすめします!

行事内容・開催日・参加人数がわかる「確認書」や「予定表」がある場合には、保険期間開始後の被保険者数の通知や保険料の精算が不要な契約方式をおすすめします。
※被保険者とは保険の対象となる方をいいます。

契約方式	保険期間	ご契約時に払い込みいただく保険料	保険料の精算について
通知・精算が不要な方式	(1)確認書添付方式 1か月以内	ご契約時にご提出いただく「確認書」(行事開催日、参加者数など)に基づいて算出した保険料を払い込みいただきます。	保険期間終了時の精算は不要です。 ※この契約方式のみ「往復途上傷害危険補償特約」が自動セットされます。住居と所定の集合・解散場所との通常の経路往復中に被ったケガについても保険金をお支払いします。
	(2)予定表添付方式 1年のみ	ご契約時にご提出いただく「予定表」(行事日程、参加人数などが記載されたもの)により保険期間中の被保険者数を確定し、その被保険者数に基づく保険料を払い込みいただきます。	保険期間終了時の精算は不要です。
通知・精算が必要な方式	(3)一括報告一括精算方式 1か月以内	保険期間中の見込み人数相当分の保険料を暫定保険料として払い込みいただきます。	保険期間終了後にご通知いただく、保険期間中のすべての被保険者数に基づく保険料(確定保険料)と暫定保険料との差額を精算いただきます。
	(4)毎月報告毎月精算方式 1か月超 1年以内	保険期間中の見込み人数相当分の保険料を月割にして、1か月分以上の金額を暫定保険料として払い込みいただきます。	①毎月、ご通知いただく被保険者数に基づく確定保険料を払い込みいただきます。 ②保険期間を通じて最後にご通知いただく被保険者数に基づく確定保険料と、暫定保険料との差額を精算いただきます。
	(5)毎月報告一括精算方式 1か月超 1年以内	保険期間中の見込み人数相当分の保険料を暫定保険料として払い込みいただきます。	保険期間終了後、毎月ご通知いただく被保険者数に基づく確定保険料の合計額と、暫定保険料との差額を精算いただきます。

※契約方式に関わらず、ご契約者備え付けの参加者名簿などにより、対象となる被保険者が客観的に確認できる必要があります。

【各契約方式に関するご注意】

- (1) 確認書添付方式は、ご契約時に「確認書」をご提出いただける場合にのみ適用できます。ご提出いただいた「確認書」に基づく被保険者以外の方が被ったケガに対しては、保険金はお支払いできません。
- (2) 予定表添付方式は、ご契約の際、被保険者数に関して申告および同意いただく事項があります。「予定表」とあわせて「保険料確定特約に関する同意書兼申告書」をご提出いただきます。

【各契約方式にセットされる特約について】

- 「往復途上傷害危険補償特約」は、(1) 確認書添付方式以外の契約方式には自動セットされません。
- (2) 予定表添付方式には、「包括契約に関する特約」と、「保険料確定特約」がセットされます。
- (3)～(5) 通知・精算が必要な方式には「包括契約に関する特約」がセットされます。

●このパンフレットは保険商品の概要をご説明したものです。詳細につきましては、取扱代理店・扱者または弊社にお問い合わせください。また、ご契約に際しては、保険商品についての重要な情報を記載した重要事項説明書(「契約概要」「注意喚起情報」等)を、事前に必ずご覧ください。

●弊社の損害保険募集人は、保険契約締結の代理権を有しています。

AIG損害保険株式会社

お問い合わせ・お申し込みは

〒105-8602 東京都港区虎ノ門4-3-20

03-6848-8500

午前9時～午後5時(土・日・祝日・年末年始を除く)



<https://www.aig.co.jp/sonpo>

事故が発生したら、……

【傷害 事故報告シート】

FAX:050-3730-5039

AIG 損保代理店 株式会社クラウドスタンダード 原田 宛

貴 社 名	
ご 担 当 者	
ご 連 絡 先	

1	おケガをされた方のお名前 (ふりがな)	()
2	おケガをされた方の 生年月日、性別	年 月 日 (男 ・ 女)
3	おケガをされた方の職種 (雇入形態)	(役員 ・ 従業員 ・ パート/アルバイト ・ 下請/外注)
4	事故が起こったのは いつですか	月 日 午前 ・ 午後 時 分頃 (勤務中 ・ 通退勤途中 / プライベート)
5	事故が起こった 場所はどちらですか	区・市 町・村 丁目の 交差点 、 路上 、 現場 、その他()
6	どのような事故でしたか (事 故 状 況)	
7	お身体のどの部分の おケガですか	頭 ・ 顔 ・ 首 ・ 腕 ・ 指 ・ 脚 ・ その他()
8	どのようなおケガですか	打撲 ・ 切傷 ・ 捻挫 ・ 骨折 その他()
9	治療を受けた病院名	
10	病院の連絡先	住所: 電話:
11	初診日	令和 年 月 日
12	入院は必要ですか	必要 ・ 必要なし
13	どれくらいの間、 治療が必要ですか	() 日 ・ 週 ・ 月 くらい