三重とこわか国体亀山市保険加入要項

1 目的

この要項は、本市で開催される、三重とこわか国体(以下「大会」という。)について、開催準備業務および開催期間中(以下「大会期間中等」という。)に大会関係者や第三者に発生した事故等に対する補償について、必要な事項を定め、円滑な大会運営を図ることを目的とする。

2 契約

保険は、三重とこわか国体・三重とこわか大会亀山市実行委員会(以下「実行委員会」という。)が損害保険会社(以下「保険会社」という。)と保険契約を締結する。

3 保険内容

実行委員会は、必要に応じて損害賠償責任保険および傷害保険に加入するものと し、保険の対象となる事故は、次に揚げるとおりとする。

(1) 損害賠償責任事故

大会期間中等に第三者に対して損害を与え、かつ被害者から損害賠償を求められ、法律上の損害賠償責任を負う事故をいい、損害の種類により次に揚げるものに分類する。

ア 施設賠償事故

競技会場、練習会場、案内所および会場内外に配置する看板や仮設物等、実 行委員会が所有または管理運営するものならびに運営上の過失から生じた事 故により、第三者(使用会場の既存財物含む)の生命・身体・所有物に損害を 与え、法律上の損害賠償責任を負う事故をいう。

区分	補償内容【てん補限度額】				
	1人	1事故	保険期間中		
対 人	1億円	1億円	3億円		
対 物	-	1億円	3億円		

イ 受託物賠償事故

大会期間中等に実行委員会が借り受けた、または預った器具等を保管、または使用中に火災・盗難もしくは取り扱い上の不注意により損壊させたことにより損害賠償責任を負う事故をいう。

区 分	補償内容【てん補限度額】		
	1事故	保険期間中	
対 物	時価	時価総額	

ウ 生産物賠償事故

実行委員会が提供した飲食物に起因して、第三者に損害を与え、法律上の損害賠償責任を負う事故をいう。

区分	補償内容【てん補限度額】				
	1人	1人 1事故			
対 人	3千万円	3億円	3億円		

工 医師等賠償事故

実行委員会が管理する救護所等での医療行為ならびに看護業務等により、第 三者の生命、身体に損害を与え、法律上の損害賠償責任を負う事故をいう。

区分	補償内容【てん補限度額】				
	1人 1事故		保険期間中		
文	寸 人	1億円	1億円	3億円	

(2) 傷害事故

大会役員、競技会役員、競技役員、競技補助員、競技会補助員、ふるまい協力 団体員、医師および看護師の大会従事者が、大会準備業務もしくは開催業務に従 事している時、または当該業務に従事するため自宅もしくは宿泊所を出てから帰 宅するまでの往復途上において発生した偶然の事故により、生命・身体に生じた 事故をいう。

被保険者	補償内容					
	死亡・後遺障害	入院(日額)	通院(日額)			
大会役員						
競技会役員		5 000 M				
競技役員	2,500万円		2 0000			
競技補助員		5,000円	3,000円			
競技会補助員						
ふるまい協力団体員						
医 師	1億円	30,000円	10,000円			
看護師	3千万円	10,000円	5,000円			

4 適用除外

前条の規定にかかわらず、次の各号に揚げる事故については、保険の対象としない。

- (1) 損害賠償責任事故
 - ア 故意による事故
 - イ 地震、台風の天災による事故
 - ウ その他保険約款上に定めのあるもの
- (2) 傷害事故
 - ア 保険対象者の故意による事故
 - イ 地震、台風等の天災による事故
 - ウ 保険対象者の疾病、心身喪失による事故
 - エ 保険対象者の自殺、犯罪行為による事故
 - オ その他保険特約上に定めのあるもの

5 事故報告

- (1) 大会期間中に事故が発生したときは、速やかに実行委員会に事故報告書(様式第1号)を提出するものとする。
- (2) 実行委員会は、前項の報告を受理した場合は、速やかにその旨を保険会社に連絡し、所定の手続きを行う。

6 その他

- (1) この要項に定めない事項は、保険契約に係る損害賠償責任保険普通保険約款、 傷害保険普通保険約款、特別約款および特約条項の定めるところによる。
- (2) 競技別リハーサル大会における保険加入についても、この要項を準用する。
- (3) この要項に定めるもののほか、必要な事項は別に定める。

事 故 報 告 書

令和 年 月 日

三重とこわか国体・三重とこわか大会 亀山市実行委員会 会 長 櫻 井 義 之 様

報告者

Ę	事故発生日時	令利	和年	月	日(()	時	分	
事故発生場所									
	事故発生状況 きるだけ詳しく)								
負	住所								
傷	氏名								
者	TEL ()	_						
医	住所								
療	名称								
期間	担当医師								
	傷病名								
傷	症状・程度など								
害									
内									
容									