

加入区分
S
サーキット走行

A P 傷害補償加入証(控)

No.

氏名	フリガナ	

平成19年3月現在

検印
Ⓜ

補償期間 平成 年 月 日 ー 日 限 り

社印



加入区分
S
サーキット走行

A P 傷害補償加入証

オートポリス傷害補償制度に以下の通り加入されたことを証します。

加入者 _____ 様

補償期間 平成 年 月 日 ー 日 限 り

平成19年3月現在

領収印
Ⓜ

	補 償 金 額
死亡・後遺症	1,043.0万円
入院	5,000円/日
通院	2,500円/日

- 注1 この加入証を紛失されますと補償金を請求出来なくなります。大切に保存して下さい。
注2 万一、傷害事故が発生したときは、直ちにオートポリス内メディカルセンターで診察・治療を受け、医師の指示に従って下さい。
メディカルセンターで受診していない場合、補償の対象となりませんのでご注意下さい。
注3 補償請求期限は、事故発生から1箇月です。期限を過ぎますと補償対応は出来ません。

株式会社 オートポリス
〒877-0312
大分県日田市上津江町上野田1112-8
TEL 0973-55-1111 FAX 0973-55-1113

