

無料

## 「マンション管理適正化診断サービス」のご案内

診断レポート付

- 日本マンション管理士会連合会では診断マンション管理士による「マンション管理適正化診断サービス」を実施しています。
- 診断結果に応じて、業務提携先である日新火災海上保険(株)のマンション共用部分用火災保険の割引を受けられる可能性があります。
- また、診断レポートは管理状況全般に関する内容となっておりますので、管理水準の維持・向上などにお役立ていただけます。
- 診断は無料です。

### 「マンション管理適正化診断サービス」の概要

#### 1 診断実施者

日本マンション管理士会連合会に所属する診断マンション管理士が診断を実施します。

#### 2 診断の内容

- ① 管理運営状況
- ② 修繕計画状況
- ③ 法定点検・修繕工事
- ④ その他(防犯対策、防火管理、保険事故歴等)

#### 3 診断時にご提示いただく資料

(診断当日にご提示いただく資料)

- ① 管理規約、使用細則等の細則集
- ② 長期修繕計画(資金計画表含む。)
- ③ 総会議事録
- ④ 管理委託契約書
- ⑤ 管理費・修繕積立金等の未収金一覧表
- ⑥ 工事報告書(大規模修繕工事報告書、給排水管工事報告書、保証書)
- ⑦ 法定点検の報告書(特定建築物等定期調査報告書、建築設備定期検査報告書、防火設備定期検査報告書)
- ⑧ 竣工図書一式(設計図書一式)
- ⑨ 消防用設備等点検結果報告書、結果総括表
- ⑩ 現在の共用部分保険内容が確認できる資料(保険証券等の写しでも可)
- ⑪ 保険金請求書類一式(保険金請求書控、保険金支払通知書等)
- ⑫ 診断内容確認書(診断マンション管理士よりお渡します。)

管理組合の署名・捺印が必要です。

#### 4 診断料

**無料**

(ただし、あらかじめ定められた診断内容の範囲に限ります。)

#### 5 損害保険の割引制度

診断結果に応じて、業務提携先である日新火災海上保険(株)のマンション共用部分用火災保険\*の割引が適用できる場合があります。

\*本チラシは「マンション管理適正化診断サービス」のご案内をするものです。保険商品の説明はマンション管理士は行いませんので、予めご了承ください。

#### 6 診断レポート

管理状況全般に関する診断結果やアドバイスを記載した診断レポートを提供させていただきます。

※このご案内はサービスの概要を記載したものです。ご不明点等につきましては裏面に記載の宛先にご連絡願います。

# 診断依頼書

宛先：(一社)日本マンション管理士会連合会事務局 行

▶ FAX: 03-5825-4085

TEL: 03-5839-2841 (受付時間: 平日10:00~17:00 土日祝日休み)

メールアドレス: mkts@nikkanren.org

※土日祝日を挟む場合は、依頼の返信に時間がかかる場合がありますのであらかじめ、ご了承ください。

※連合会のHP (<http://www.nikkanren.org/>) からのご依頼いただけます。

※診断依頼の有効期間は依頼日から6か月間です。それ以降に診断を実施する場合は診断依頼書を再送付願います。

※理事会または理事長の同意が得られていない場合には、診断依頼は受付できません。

依頼日(西暦) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

↓記載がないと診断を実施できません。必ずご記入ください。

管理組合・物件情報					
管理組合名					理事長名または 管理者名
住所	〒 _____ - _____				
電話番号	( _____ ) _____ - _____				
◎物件概要					
階数	地上	階	地下	階	
戸室数	<input type="checkbox"/> 50戸室未満 <input type="checkbox"/> 50戸室以上~100戸室未満 <input type="checkbox"/> 100戸室以上				
建築年月 (西暦)	年	月	棟数	<input type="checkbox"/> 単棟型 <input type="checkbox"/> 団地型( _____ 棟)	
現在ご加入の 保険会社	<input type="checkbox"/> 会社名( _____ ) <input type="checkbox"/> 未付保				

診断依頼書記入者	
氏名	_____
住所	〒 _____ - _____
電話番号	( _____ ) _____ - _____
メールアドレス	_____ @ _____
区分	<input type="checkbox"/> 損害保険代理店 <input type="checkbox"/> その他( _____ )

連絡先(記入者と異なる場合のみ記載)	
氏名	_____
住所	〒 _____ - _____
電話番号	( _____ ) _____ - _____
メールアドレス	_____ @ _____
区分	<input type="checkbox"/> 損害保険代理店 <input type="checkbox"/> マンション管理士 <input type="checkbox"/> マンション管理組合 <input type="checkbox"/> その他( _____ )

その他、診断にあたっての留意事項等(顧問契約しているマンション管理士がいる場合等に記載)