日本弁理士協同組合 御中

加入依頼書は保険契約申込書の一部を成します。**(太枠内のみご記入ください)**

プロテクト(団体総合生活保険) 加入依頼書

以下のSTEP 1～STEP 3および**他の保険契約等**をご記入ください。

2019年8月作成　19-T02651

保険期間(補償期間)
2019年12月 1 日 午後4時から
中途加入の場合の補償開始 年 月 日 午後4時から
2020年12月 1 日 午後4時まで

ご加入時の同意内容について　私と被保険者*全員は、以下の事項について確認・同意のうえ、加入を依頼します。
①私が保険契約者である企業または団体の構成員であること
②重要事項説明書の内容
③重要事項説明書添付の「ご加入内容確認事項」の内容
④重要事項説明書の「個人情報の取扱いに関するご案内」の内容
⑤「告知の大切さに関するご案内」の内容
*保険の対象となる方をいいます。

STEP 1 加入者情報

ご氏名	フリガナ 176 / 姓 206	名 205 / 265	性別	(男) (女)	生年月日	279 昭(3) 平(5) 年 月 日 285
加入依頼日	2 0 年 月 日					
ご住所	〒 49 51 － 52 55	電話番号 266 － 277	私は、「ご加入時の同意内容について」を確認し、保険契約者である企業・団体に対して加入を依頼します。	印		
	フリガナ 56 115					
	漢字 116 175	事務所名				

STEP 2 被保険者(保険の対象となる方)ご本人情報

被保険者(カナ)		★性別		★生年月日	年 月 日
加入者からみた続柄					
住宅の所在地	(加入者住所と同じ) (加入者と異なる場合のみ記載)			★他の保険契約等*1	(あり)

*1：他の保険契約等(この保険契約の全部または一部に対して支払責任が同じである保険契約(傷害保険、医療保険、がん保険等)または共済契約をいいます。)がある場合には○をし、詳細をご記入ください。

STEP 3 補償内容(ご加入される補償欄をご記入ください)

健康状態告知事項はP17の質問事項をご参照ください

がん補償

タイプ	★健康状態告知事項 本人用 (P17参照)	質問1	質問2	署名欄
(がん)		(あり) (なし)	(1つ以上あり) (全てなし)	告知日(ご記入日) 年 月 日 被保険者本人(自署)*4 ①左記告知内容 ②**ご加入時の同意内容について**の内容、がん保険金受取人の指定の内容について確認・同意します*2。 *2 がん保険金受取人については、特にお申し出がない限り、更新前契約と同内容での更新となります。

がん保険金受取人氏名(カナ)*3　　被保険者本人からみた続柄*3

*3 がん保険金受取人をご指定いただかない場合は、被保険者ご本人が保険金受取人となります。
*4 被保険者本人が満15歳未満の場合には、親権者・後見人等(後見人・保佐人・補助人)の代表者1名が全員の合意をいただいたうえで、被保険者に代わってご署名ください。(ご署名例:安心ショウタ　親権者　安心ヒロシ)

介護補償

タイプ	★健康状態告知事項 本人用 (P17参照)	質問1	署名欄
(N1) (N2)		(全てなし) (1つ以上あり)	告知日(ご記入日) 年 月 日 被保険者本人(自署)*4 ①左記告知内容 ②**ご加入時の同意内容について**の内容について確認・同意します。

※加入者本人のご家族が被保険者で代理告知をされる場合、加入者本人のご署名をお願いします。
例)加入者:保険太郎、被保険者:保険太郎の母、ご署名欄:保険太郎

医療補償

タイプ	★健康状態告知事項 本人用 (P17参照)	質問1	質問2	質問3	署名欄
(M1) (M2)		(1つ以上あり) (全てなし)	(あり) (なし)	(あり) (なし) (ア) (イ) (ウ) (エ)	告知日(ご記入日) 年 月 日 被保険者本人(自署)*4 ①左記告知内容 ②**ご加入時の同意内容について**の内容について確認・同意します。

傷害補償

タイプ	☆補償を受けられる方の職業・職務	職種級別(代理店使用欄)
(C1) (C3) (C5) (B1) (B3) (B5) (A1) (A3) (A5)		A

職業級別A(弁理士・営業職・事務職等)の方を対象としたものです。それ以外の職種の方は、取扱代理店にお問い合わせください。

★他の保険契約等*　具体的な内容をご記入ください。
*他の保険契約等とは、ご加入の保険契約の全部または一部に対して支払責任が同じである他の保険契約または共済契約をいいます。

被保険者氏名	保険会社・共済会社	保険種類	満期日(補償の満了する日)	保険金額・支払限度額(ご契約金額)
				万円
				万円

代理店使用欄							
	傷害補償保険料		医療補償保険料		介護補償保険料		がん補償保険料	
	合計保険料(月額)				社員コード			