

特許事務所総合保険 加入依頼書

加入依頼日

年 月 日

加入者	☆	ふりがな	代表者名	弁理士番号	ふりがな
	事務所名				
	☆	〒 —	電話番号	— —	
	事務所所在地				

印
確認事項確認印兼用

確認事項

・私は自分が契約者である日本弁理士協同組合の組合員であることを確認の上、以下の通り加入を依頼します。

・「個人情報の取り扱いに関するご案内」の内容について、被保険者全員の同意を確認のうえ、同意します。

☆ 事務所所在地 (加入者と異なる場合)	保険期間 (補償期間)
	2025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 2026年12月1日 午後4時まで

補償の対象と異なる場合は上記所在地に記載の事務所に限ります。

被保険者名 (加入者と異なる場合のみ) ※保険金お支払いの際にトラブルになりかねないため、可能性のある社名はすべて記入ください。		☆ 建物構造	☆ 借用施設の占有床面積
設備・什器等		木造 ・ 非木造	坪
借家人賠償 施設賠償			
営業継続費用			

★ 告知事項 申告欄	過去において動産総合保険と同種の保険 (動産総合保険、火災保険、賠償責任保険、利益保険、営業継続費用保険等) の引受を拒絶されたことがありますか。	(あり)	★ 他の同種の 保険契約等*	(あり)	会社名	保険金額
		(なし)		(なし)	保険の種類	満期日

★または☆が付された事項は、ご加入に関する重要な事項 (告知事項) です。これらに事実と異なる記載をした場合やこれらに事実を記載しない場合は、ご加入を解除することがあります。ご加入を解除する場合、保険金をお支払いできないことがありますので、ご注意ください。

また、☆が付された事項に内容の変更が生じた場合は、遅滞なく引受保険会社にご連絡ください。ご連絡がない場合はご契約を解除することがあります。ご契約を解除する場合、保険金をお支払いできないことがありますのでご注意ください。

*共済契約を含みます。

加入内容

1 タイプ契約 (基本補償) + オプション契約

基本補償	タイプ名	基本保険料
		円
設備・什器等 上乗せオプション	上乗せ額	保険料
	万円	円

※オプションについては、セツしない場合記入不要です。

合計保険料	円
-------	---