

プロテクト(団体総合生活保険) 加入依頼書

平成29年●月作成 17-T00000

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。

保険期間 (補償期間)	平成29年12月1日午後4時から	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。
	中途加入の場合の補償開始 平成 年 月 日 午後4時から 平成30年12月1日午後4時まで	

STEP 1 加入者情報

ご氏名	フリガナ ¹⁷⁶ 姓 ²⁰⁶ 名 ²⁰⁵	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	生年月日	大 ²⁷⁹ 昭 ² 平 ⁵ 年 月 日	加入依頼日	20 年 月 日
ご住所	〒 ⁴⁹ フリガナ ⁵⁶ 漢字 ¹¹⁶	電話番号	266	私印	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	

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	<input checked="" type="radio"/> 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

*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、裏面に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)

傷害補償	タイプ	<input checked="" type="radio"/> C1 <input checked="" type="radio"/> C3 <input checked="" type="radio"/> C5 <input checked="" type="radio"/> B1 <input checked="" type="radio"/> B3 <input checked="" type="radio"/> B5 <input checked="" type="radio"/> A1 <input checked="" type="radio"/> A3 <input checked="" type="radio"/> A5	☆補償を受けられる方の職業・職務	職種級別(代理店使用欄)
				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下さい。

健康状態告知事項はP25の質問事項をご参照ください

医療補償	タイプ	<input checked="" type="radio"/> M1 <input checked="" type="radio"/> M2	★健康状態告知事項本人用(P25参照)	質問1	質問2	質問3	告知日(ご記入日)平成 年 月 日	署名欄
				<input checked="" type="radio"/> 1つ以上あり <input checked="" type="radio"/> 全てなし	<input checked="" type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	<input checked="" type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> ア <input checked="" type="radio"/> イ <input checked="" type="radio"/> ウ <input checked="" type="radio"/> エ	被保険者本人(自署)*4	印

介護補償	タイプ	<input checked="" type="radio"/> N1 <input checked="" type="radio"/> N2	★健康状態告知事項本人用(P25参照)	質問1	告知日(ご記入日)平成 年 月 日	署名欄
				<input checked="" type="radio"/> 全てなし <input checked="" type="radio"/> 1つ以上あり	被保険者本人(自署)*4	印

*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

がん補償	タイプ	<input checked="" type="radio"/> がん	★健康状態告知事項本人用(P25参照)	質問1	質問2	告知日(ご記入日)平成 年 月 日	署名欄
				<input checked="" type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	<input checked="" type="radio"/> 1つ以上あり <input checked="" type="radio"/> 全てなし	被保険者本人(自署)*4	印

*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)

★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	