

団体長期障害所得補償保険 加入依頼書

証券番号 9 1 2 0 1 2 K 4 7 8

申込日 令和 年 月 日		電話 自宅 携帯	
郵便番号	(フリガナ)		
(フリガナ)			
漢字			
性別	生年月日 / /		歳
企業名(顧客名)	所属コード	社員番号	
被保険者番号(記入不要)			

告知義務などの内容を確認し、個人情報の取扱いに同意のうえ、加入を依頼します。

補償対象外とする群	
-----------	--

他の保険契約等(*)がありますか。	有	会社名	満期日
		保険種類	保険金額
			年 月 日
			万円

(\*)他の保険契約等とは、団体長期障害所得補償保険、所得補償保険、積立所得補償保険等、この保険契約の全部または一部に対して支払責任が同一である他の保険契約または共済契約をいいます。【重要】★の項目は「告知事項」です。告知事項の内容については、パンフレットを必ずご確認ください。

顧客番号
------

団体名	一般社団法人 全国地質調査業協会連合会
保険期間	令和 2 年 8 月 1 日から 令和 3 年 8 月 1 日まで

<申込コース>

<口数>

<保険料(1回分)>

加入タイプ(B5型) 対象期間 65 歳まで	<input type="checkbox"/>	円
加入タイプ(B型) 対象期間 60 歳まで	<input type="checkbox"/>	円
その他 (加入タイプ A 型)	<input type="checkbox"/>	円
加入者合計保険料 * 分割払いは1回分		円

※ ご加入者様の所得に応じて、6口(月額補償30万円)までをご選択いただけます。詳しくは、「生涯収入サポート」パンフレット等をご確認ください。

※ 加入依頼書のご提出がない場合は、前年度と同等条件で自動継続となります。  
加入タイプ(B5型)、加入タイプ(B型)の支払対象外期間545日

【前年欄】

証券番号	
加入者番号	
送付書	