BIP Smart サンプル帳票

積立女性保険契約申込書

貴社の下記保険の普通保険約款および特約条項を承認し、下記記載事項が事実に相違ないことを確認のうえ、下記の通り保険契約を申込みます。

(契約日) 申込日　平成 26年 8月29日

契約者・申込人

〒 000-0000　電話 (市外 99 - 局番 9999 - 番号 9999)　1 自宅 2 勤務先

住所　フリガナ　トウキョウト　ミナトク　ヒガシシンバシ
東京都港区東新橋X-X-X

氏名　フリガナ　ニホン　タロウ
日本　太郎

1 個人

従業員コード	事業所コード	部課コード	工場コード	内部コード
385945	87	870	81	64139

会社・工場名　○○○株式会社
部課名　ＮＣＳ事業部

＊被保険者

住所　フリガナ　カナガワケン　カワサキシ　ナカハラク
申込人住所に同じ場合は記入の必要はありません。
神奈川県川崎市中原区上小田中X-X-X

氏名　フリガナ　ニホン　ハナコ
申込人と同じ場合は記入の必要はありません。
日本　花子
年令 27 才　性別 女

職業(職務内容)　会社員（プログラマー）

被保険者の居住の用に供される住宅の所在地（賠償責任担保の場合）　フリガナ
被保険者住所と同じ場合は記入の必要はありません。

死亡保険金受取人

受取人氏名　フリガナ（法定相続人の場合は記入の必要はありません。）　被保険者との関係

被保険者同意欄　保険金受取人を上記の者に指定することに同意します。　フリガナ　被保険者署名欄（必ず自署してください。）

契約者署名欄（必ず自署してください。）

印字内容の訂正　有　無

＊告知事項

他の保険契約　有　無

保険種目	会社	満期日	保険金額	入院保険金日額	通院保険金日額
			千円	円	円

過去３ヶ年間に傷害保険金（５万円以上）の請求または受領　有　無

受領回数	会社	受領金額
回		千円

代理店使用欄

受付印　団体ゴム印

扱別　新規　他人

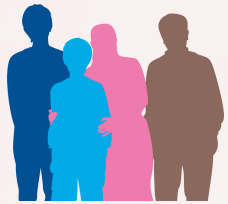
証券発送先　2 契約者

保険料領収証番号　第　号

保険料領収年月日　平成　年　月　日

社内点検印

保険の種類　積立女性保険



保険期間　平成 25 年 12 月 21 日 午後 4時から　平成 28 年 12 月 21 日 午後 4時まで　3 5 年間

保険料払込方法　9 団体扱

保険料払込期日　集金契約で定められた給料支払日

証券番号　9989765

契約扱日　平成 25 年 12 月 21 日

契約の型	1 A	2 B	3 C	4 D	5 E
満期返れい金	１００万円	７０万円	５０万円	３０万円	２０万円
保険金額 死亡・後遺障害	1,000万円	700万円	500万円	300万円	200万円
保険金額 入院保険金日額	10,000円	7,000円	5,000円	3,000円	2,000円
保険金額 通院保険金日額	5,000円	3,500円	2,500円	1,500円	1,000円
保険金額 賠償責任（免責１事故１，０００円）	1,000万円	700万円	500万円	300万円	200万円
保険料 携行品障害（免責１事故３，０００円）	30万円	25万円	20万円	15万円	10万円
保険料 保険期間３年	28,370円	19,880円	14,215円	8,550円	5,715円
保険料 保険期間５年	17,440円	12,235円	8,755円	5,270円	3,530円

契約条件	賠償責任	携行品損害	自振貸付
	1 担○保	1 担○保	希望する

1回分保険料　円　16,000

約款は、ホームページでの閲覧（Web約款）でよろしいですか？　はい　いいえ