

申込 人 (保険契約者)	住所 (カナ)	〒306-0051 イバラキケン コガシ チヤンデン 51-8		個人・法人区分 個人 電話番号 電話番号等 090-4063-0059 生年月日 昭和42年9月17日 年齢(始期日時点の年齢) 53才 性別 男性 親族連絡先 T91 登録・変更 1 前契約 2 前契約 3 情報削除 9
	(漢字)	茨城県 古河市 茶屋新田 51-8		
	氏名 (カナ)	オカダ マサ		
	(漢字)	大門 正夫		ご署名は、Step6下のご署名欄をお願いします。
				様

記載内容を確認し、Step1～Step6のご確認欄にチェックのうえ、申込人(保険契約者)ご署名欄にご署名ください。

- ご注意
- ※印の項目は、ご契約に際して当社がおたずねする特に重要な項目(告知事項)です。事実と相違する場合は、ご契約を解除し、保険金をお支払できないことがありますので十分にご確認ください。
 - 補償項目等の詳細はご契約のしおり(普通保険約款・特約)において定めていますのでご確認ください。
 - ★印▲印の項目は大切な項目です。★印の項目を訂正する場合は申込人(保険契約者)、▲印の項目を訂正する場合は被保険者の訂正署名(または訂正印)をお願いします。
 - 印字内容に修正・追記をされた場合、◆ご確認欄は変更後の内容でご確認ください。
 - ▲印の項目はお客さまのご意向に関する大切な項目です。
 - 保険契約に関する事項等について、一般社団法人 日本損害保険協会に登録され損害保険会社等と共有することがあるほか、事故発生の際に損害保険会社等と確認することがあります。

Step1 ご契約にあたり、当社で把握(一部推定を含む場合があります。)しましたお客さまのご意向は、「ケガにより死亡された場合、後遺障害が発生した場合、入院・通院・手術された場合等に補償する保険」です。お客さまのご意向に間違いございませんか？ ◆ご確認欄 ☐ はい ☐ いいえ

Step2 被保険者(本人型以外の場合は被保険者本人)の氏名、生年月日、年齢、性別等は、以下の内容でよろしいですか？ ◆ご確認欄 ☐ はい ☐ いいえ

本人型以外の場合は被保険者本人	住所	カナ 漢字 申込住所と同じ	性別	男性	※★生年月日	昭和42年9月17日	※★年齢(始期日時点)	53才
	氏名	カナ ★漢字 申込人と同じ	職業・職務	[職種コード] 21	[職種名]	ハバ「イ」ダ「ウ」ジ「ヤ」		
	▲被保険者の同意(満15才以上)	本契約の内容を確認し、被保険者となることに同意します。自動継続特約をセットする場合は、本契約と同様に継続契約についても、被保険者となることに同意します。 傷害の死亡保険金額が他の保険契約等と合算して1,000万円を超え、申込人(保険契約者)と被保険者が本人が異なる場合、被保険者の同意が必要となりますので右欄にご署名ください。(被保険者が保険始期日時点で15才未満の場合、他の保険契約等と合算して傷害死亡保険金額が1,000万円を超えるご契約はお引き受けできません。)保険契約者と被保険者が同一の場合には、右欄への署名は不要です。また、本同意は、傷害死亡保険金受取人指定に関する同意ではありません。						
傷害死亡保険金受取人指定する場合、「ご記入ください」	住所	カナ 56A 漢字 56C	▲被保険者との関係	配偶者・2親等内の血族(注) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31M (注) 父母、子、祖父、孫および兄弟姉妹 51G			その他の場合、カタカナ記入	
	氏名	カナ 56H 漢字 56F		被保険者のご署名欄				
	▲傷害死亡保険金受取人指定に関する同意(被保険者ご本人が署名してください。) 傷害死亡保険金(注)は上記受取人に支払われることに同意します。自動継続特約をセットする場合は、本契約と同様に継続契約における傷害死亡保険金(注)も上記受取人に支払われることに同意します。 (注)「企業等の傷害保険金受取に関する特約」をセットする場合は、この特約により傷害死亡保険金受取人に支払う旨が規定されているその他の保険金を含みます。							
育児費用	被保険者氏名	カナ ★漢字	生年月日	扶養者氏名	カナ ★漢字	★育児費用被保険者との関係		

Step3 他の保険契約等、保険金請求歴について、以下の内容でよろしいですか？ (注) 申込人と被保険者が異なる場合は、申込人が被保険者にご確認のうえ、ご記入ください。 ◆ご確認欄 ☐ はい ☐ いいえ

※★他の保険契約等	同様の危険を補償する他の保険契約等(被保険者が同一であり、パーソナル生活補償保険、普通傷害保険、賠償責任保険等の身体ケガまたは損害賠償責任に対して保険金が支払われる他の保険契約等を含む。)がありますか。ご記入のない場合、「なし」と回答したことになります。(注) 他の保険会社等における契約、共済契約、生命保険契約等を含みます。				Y34 (あり) 1 (なし) 2		
合計	傷害死亡・後遺障害保険金額 Y36 万円	傷害入院保険金日額 Y37 円	傷害通院保険金日額 Y28 円	賠償支払限度額・保険金額 万円	保険金請求歴	過去3年以内にケガまたは事故で保険金(合計して5万円以上)を請求または受領したことがありますか。(注) 他の保険会社等への保険金請求を含みます。	(あり)
	会社名	回数	回	合計金額	円		

060 1 HSB	自己契約	特定契約	発行済	被保険者同意	分担割合前年どおり	分担パターン	振替先・振替割合	%
023 ADD74	027 1 869 1	064 1 HDS 1	081 1	Y01	075			
代理店・扱者/仲立人	部店課支社	埼玉 越谷	ワ「コ」ド名称(社)	代理店サブコード	記事(カナ)	満返差引	請分コード	
025 MK17	178	065	T46	057 1	073			
領収日	領収証番号	スリッパ区分	送付区分	法人コード	送付課支社	受付日		
令和 R 022	F99	Y03 後送 1 なし 2	063 3 079 1	987		F81		