

45420



ezRepo

保険テンプレート

(重大疾病治療特約)(疾病特約(ガン保険))
(災害特約(ガン保険))
(災害特約(ガン保険))

医	チェック	A	B	C	D	E	NP	送付先指定
契								1
		業種コード	本人配偶者				複数口振	あり

保険会社 使用欄	
-------------	--

① 保険契約者 (契約者申込書)	住所 (証券の送付先)	〒 123-4567 シンバクサクラガオカチョウ 東京都渋谷区楼丘町20-1	保険契約者の印 (申込人) 申込・告知・ご契約のしおり受領
	自宅Tel 03-1234-1234 勤務先Tel 03-1111-1111		
	フリガナ チョウヒョウ タロウ (自署)		
	氏名 帳票 太郎 様		
	性別 生年月日		

証券 番号	8610044466998
----------	---------------

- 家族契約の従たる被保険者とは、主たる被保険者と同一戸籍に記載されている①「妻」②「23歳未満の子供」
- 子供特約の被保険者とは、主たる被保険者と同一戸籍に記載されている満23歳の子供

- 特約「配偶者型」の被保険者とは、主たる被保険者と同一戸籍に記載されている「妻」
- 特約「子供」の被保険者とは、主たる被保険者と同一戸籍に記載されている生後15日以上満23歳未満の子供

④ ↓ ご家族での契約をご希望の方のみご記入ください。

配偶者 満23歳未満の子供	フリガナ チョウヒョウ タロウ (配偶者自署または記名捺印)契約内容を了知し、契約締結に同意する (特約「配偶者型」の被保険者)	帳票 太郎 様
	フリガナ チョウヒョウ アイコ (特約「子型」の被保険者)	帳票 愛子 様 3月 4日 年
	フリガナ チョウヒョウ ユキコ (特約「子型」の被保険者)	帳票 雪子 様 3月 4日 年
	フリガナ チョウヒョウ リツコ (特約「子型」の被保険者)	帳票 律子 様 3月 4日 年
	フリガナ (特約「子型」の被保険者)	様 3月 4日 年

⑤ この契約から除外する子供	フリガナ 様
----------------	-----------

⑥ 受取人	主契約の主たる被保険者(特約「本人型」)の死亡保険金受取人 フリガナ 帳票 太郎 様 主たる被保険者との続柄()
	主契約の従たる被保険者(特約「配偶者型」)の死亡保険金受取人 フリガナ 主たる被保険者との続柄()

※主契約・特約の給付金受取人(特約給付金受取人)は当該被保険者となります。

② 主たる被保険者(特約「本人型」被保険者)	住所	1 契約者住所と同一の場合は、住所を記入不要。左で記入を○で囲んでください。 〒 123-4567 東京都府県	保険契約者の印 (保険契約者と異なる場合のみ押印) 主たる被保険者の同意・告知	
	氏名	フリガナ (自署) 契約内容を了知し契約締結に同意する		
	性別	生年月日		
	TEL () -			

③ 主契約	保険種類	申込口数	契約種類	②③の場合には右欄もご記入ください。
	＜低解約払戻金特則付＞低解約払戻金割合を指定する方法／低解約払戻金割合：30%			

※主契約の解約払戻金は、低解約払戻金特則を付加しない場合の主契約の解約払戻金のい30%になります。

⑦ 特約 (疾病特約・災害特約)	A:特約種類	B:1入院の支払限度日数	C:保険期間	D:基準疾病(災害)入院給付金日額	E: 疾病 (災害) 通院給付金日額
	①の疾病+災害を選択された場合はB~Eの項目は共通となります。	※終身を選択された場合は、疾病特約は「終身」/災害特約は「90歳満期」となります。		①「本人型」 5,111 円	①「本人型」 6,999 円
				②「配偶者型」 5,110 円	②「配偶者型」 6,890 円
				③「子 型」 5,010 円	③「子 型」 5,060 円
				疾病 (災害) 入院初期給付金額 = 基準疾病 (災害) 入院給付日額×4 = 基準疾病入院給付金日額×10 増加疾病 (災害) 入金給付金日額 = =	

(注)⑦⑧については「配偶者型」は主契約が家族契約の場合に付加できます。
「子型」は、主契約が家族契約または個人+子供特約の場合に付加できます。

⑧ 特約ワイドをご希望の方は、①と②に、ご希望の申し込み口数をご記入ください。

②「本人型」	申込口数	主契約の口数を限度に付加することができます。
②「配偶者型」	申込口数	「配偶者型」は、主契約が「家族契約」でかつ「本人型」特約が付加されている契約の場合にのみ付加する事ができます。
※申込口数1口につき、「本人型」特約基準保険金額100万円、「配偶者型」特約基準保険金額60万円となります。		
(注)「配偶者型」申込口数は、「本人型」申込口数を越えてのお申込はできません。		

⑨ 手術特約をご希望の方は必要事項に○印をおつけください。

手術特約 ご希望の方は○印をおつけください。	特約の型	① 本人型 ② 配偶者型 ③ 子 型	基準手術給付金額は主契約口数1口につき10万円となります。	保険期間 10年満
---------------------------	------	--------------------------	-------------------------------	--------------

保 険 料	契約日		第1回保険料 領収額	円			
	主契約 (主契約)	円		領収日	平成 年 月 日		
	本人型	円		領収書			
	配偶者型	円		番号			
	子 型	円					
合 計	円						

保険方法	主 契 約	重大疾病治療特約	疾病特約・災害	手術特約
保険期間	保険料払込期間	主契約・特約ともに保険期間と同一		
団体(集団)名	所属名			
団体(集団)コード	所属コード			
	氏名コード			

代理店名	出先
代理店コード	出先コード
募集人コード	