

契約申込書

契約者様のご記入か所 被保険者様のご記入か所

差額ベッド代保険〈差額ベッド費用補償保険〉

お申込みにあたって、裏面の「保険契約者様・被保険者様の誓約・同意事項」に、誓約・同意していただく重要な事項が記載されています。契約申込書、告知書をご記入いただく前に必ずご確認ください。誓約・同意のうえ、各項目をご記入ください。

1 当初意向把握書

3 申込日の記入前に必ずチェック☑をお願い致します

※お客様がお申込みを希望される保障内容をご確認下さい。
(お客様の当初の意向をお伺いするものです。実際のお申込みの保障内容を特定するものではありません。)

入院時の差額ベッド費用の補償 介護の保障 死亡時の保障 病気・ケガの保障

2 最終意向確認書

お申込みの保険商品が保険契約者様ご本人のご意向に合致している場合には、 欄に✓をご記入ください。

<input type="checkbox"/>	1. 保険契約者様のご意向	・ 入院時の差額ベッド費用の補償
	2. 保険契約者様にご確認 いただきたい事項	・ 保障内容(保険金などの支払事由)はご意向に沿った内容となっている。 ・ 保険期間・保険料払込期間はご意向に沿った内容となっている。 ・ 保険料(払込回数・方法・金額)、補償の上限はご意向に沿った内容となっている。 ・ 解約返戻金・配当金について「重要事項説明書」にて理解している。

3 申込日 令和 年 月 日

4

氏名	フリガナ	性別	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	年齢	歳
	生年月日		<input type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 平成		年 月 日
現住所	〒 -				
	ご連絡先電話番号				
	ご自宅 ()				
職業	左記以外				
	年金生活者	勤務先名称 (学校名)	具体的な お仕事の内容		
	専業主婦・主夫				

5 ご加入のプラン

お申込プラン	差額ベッド費用補償保険	保険料払込回数	<input type="radio"/> 月払 <input type="radio"/> 年払
保険金額 保険料	差額ベッド費用保険金 (一日当たり補償上限額)	2万円コース	保険料 円

6 指定代理請求人様を指名する場合、ご記入ください。 ※パンフレットに記載の保険料表をご参照ください。

指定代理請求人	氏名	フリガナ		
	被保険者から見た続柄	<input type="radio"/> 配偶者 <input type="radio"/> 子ども <input type="radio"/> 兄弟姉妹	具体的にお書きください	
		<input type="radio"/> 3親等以内の親族		

7 保険料のお支払い方法について

いずれかをご選択ください。 契約者ご本人名義の預金口座またはクレジットカードに限りです。

預金口座からの口座自動振替の場合	<input type="radio"/> 別紙の「口座振替依頼書」へご記入ください。
クレジットカード払の場合	<input type="radio"/> 下記の欄へご記入ください。

私は、保険契約者がサービス代行業者から請求されたプラス少額短期保険株式会社に支払うべき保険料を、私名義のクレジットカードで支払うことに裏面条項を確認の上、同意いたします。

カード種別	<input type="radio"/> VISA <input type="radio"/> JCB <input type="radio"/> Master <input type="radio"/> AMEX <input type="radio"/> Diners	カード名義人	
カード番号		カード有効期限	月 / 20 年

8

被保険者	● 保険契約者と同一の場合	<input type="radio"/> (下記欄へのご記入は不要です。)			
	● 保険契約者と別の方の場合	<input type="radio"/> (下記欄へのご記入が必要です。)			
氏名	フリガナ	性別	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	年齢	歳
	生年月日	<input type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 平成	年 月 日		
現住所	〒 -				
	ご連絡先電話番号				
	()				
保険契約者から見た続柄					
<input type="radio"/> 親 <input type="radio"/> 配偶者 <input type="radio"/> 子ども					
<input type="radio"/> その他 ()					

保険契約申込書・告知書をご記入いただく前に必ずご確認ください。

保険契約者様・被保険者様の誓約・同意事項

貴社の普通保険約款、ご契約に際しての重要事項説明書(契約概要 / 注意喚起情報)の内容を了承し、以下の事項を誓約・同意のうえ、この保険契約を申し込みます。

- この申込書および告知書に記入した事項は事実に相違ないこと。
- 個人情報の利用目的が以下であること。
 - ①各種保険契約の引受け・継続・更新・維持管理、保険金・給付金等の支払
 - ②貴社、その他関連会社・提携会社の取り扱う各種商品やサービスの案内・提供・維持管理
 - ③貴社業務に関する情報提供・運営管理、商品やサービスの充実
 - ④その他保険業に関連・付随する業務
- この商品は一年ごとの更新型の保険であり、更新後の保険料は、その時点の満年齢により計算されること。
- 被保険者の告知内容や審査結果を保険契約者に知らせること。
- カード紛失や変更等で会員番号・有効期限が変更となった場合に、事前の了承なしに、指定カード発行会社がプラス少額短期保険株式会社にその旨を通知しても異議はないこと。
- 保険業法施行規則により、保険業の適切な業務運営を確保するために必要な範囲に限り、保健医療等のセンシティブ情報を取得・利用すること。
- 少額短期保険募集人には告知受領権、保険料受領権、保険契約締結代理権がないこと。
- 成立・不成立にかかわらず、申込書および確認のための証明書類等は返却されないこと。
- 個人情報に関し、「重要事項説明書」または貴社ホームページ記載のとおり取り扱われること。
- 更新に必要な所定の手続きを完了できなかった場合、契約満了となること。
- この保険は、保険期間が1年以内であるため、クーリングオフ(お申込みの撤回等)の対象とはならないこと。
- 本保険契約は、貴社が承諾の通知を発した時に成立すること。

お申込情報追記欄（お客様使用欄）

【クレジットカード支払規定】

- 私は、私が指定するクレジットカード（以下、指定カードといいます。）で、指定カード発行会社の会員規約に基づき保険料を支払います。
- 私が貴社に申出ない限り、保険期間中は継続して保険料を指定カードにより支払います。
- 指定カードの会員番号・有効期限に変更があった場合には、速やかにその旨を貴社に通知します。
また、指定カード発行会社により、私が貴社に届け出た会員番号・有効期限が更新された場合であっても、保険料を異議なく支払います。
- 会員資格喪失により、指定カード発行会社から指定カードによる保険料の支払契約を解除されても異議ありません。
- カード紛失・変更等で会員番号・有効期限が変更となった場合に、私の事前の了承なしに、指定カード発行会社が貴社にその旨を通知しても異議はありません。
- 指定カードによって支払った保険料については、貴社の領収証は請求しません。

【社内使用欄】（プラス少額短期保険）

なし あり

取扱担当者確認欄

保険契約者に対し募集行為を行い、下記事項を確認いたしました。

- ①契約者、被保険者へご案内し、本人確認を行ったこと
- ②事前に契約者の意向を把握し、個別プランの説明において、当初意向と相違点がある場合にはその相違内容の説明を行い、最終的な意向を確認したこと
- ③重要事項説明書およびパンフレットを交付し、顧客が保険商品を正確かつ十分に理解できるよう、丁寧に説明したこと
- ④契約者、被保険者に保険商品の内容を十分にご理解いただいたうえで、保険契約の申込と告知をいただいたこと
- ⑤契約者・被保険者の記入欄は、本人自署に相違ないこと
- ⑥記入に誤りがある場合、二重線と、その近くに記入した方のフルネームサインで訂正をいただいたこと
(口座振替依頼書は二重線と口座お届け印で訂正)
- ⑦同種の他社商品の取扱いがある場合、顧客の意向に沿った比較可能な商品の概要を明示し、その商品の説明を行ったこと
- ⑧高齢者の方には、十分な時間を確保して丁寧に商品内容の説明を行い、場合により親族の同席を求めるなどの配慮を行ったこと
- ⑨契約者・被保険者は反社会的勢力に該当しないことを確認したこと

	取扱担当者面接日	面接場所	契約者本人確認情報
対面	年 月 日		1. 運転免許証 2. 健康保険証 3. 写真付き証明書(パスポート・マイナンバーカード) 4. 介護保険被保険者証 5. その他()
非対面	※非対面の際はこの欄の記入不要		
記入必須	募集人番号	代理店名称	取扱者名(フルネーム)
	※200から始まる10桁の番号		

※共同募集時は、主幹事・非幹事の代理店名称・取扱者名・分担割合をご記入ください。

〈その他補足・特記事項〉