

酪農傷害共済制度 「コース変更届」 (変更依頼書)

(団体総合生活補償保険)

変更依頼日	30年 2月 14日	変更日	30年 3月 1日
-------	------------	-----	-----------

組合名		組合番号	被保険者番号(酪農共済加入者番号)				
(社)全国酪農協会		13001	1 2 3 4				
変更区分	被保険者(加入者)名 (フルネームで署名してください)	性別	生年月日				
変更	カナ ラクノウ タロウ	男 女	年号	年	月	日	
	漢字 酪農 太郎		昭和 平成	1	5	0	1

(注)重要事項のご説明の受領、「ご加入いただく内容に関する確認事項(ご意向の確認)」を確認し、申込内容が意向に沿ったものであることを確認するとともに「個人情報の取扱い」にご同意いただいたうえで署名してください。

現在ご加入のコースに ✓してください	<input checked="" type="checkbox"/> A型	<input type="checkbox"/> B型	<input type="checkbox"/> C型
-----------------------	--	-----------------------------	-----------------------------

<変更後ご加入ご希望コースに✓してください>

コース選択 ✓してください	傷害死亡・後遺障害 保険金額	傷害入院保険金日額 傷害手術保険金(注)	傷害通院保険金 日額	個人賠償責任危険 保険金額 (免責金額0円)
<input type="checkbox"/> A型	400万円	3,500円	3,500円	200万円
<input checked="" type="checkbox"/> B型	800万円	7,000円	5,500円	200万円
<input type="checkbox"/> C型	1,200万円	10,000円	7,500円	200万円

(注)傷害手術保険金は、約款所定の手術の種類により傷害入院保険金日額の10倍・20倍・40倍となります。

<告知事項>他の保険契約等についてご確認のうえ、「あり」の場合は必ずご記入ください。

※他の保険契約等 (注)	同種の危険を 補償する他の 保険契約等 がありますか	あり なし	「あり」の場合は右 欄に他の保険契 約等の合計保険 金額(日額)をご記 入ください	傷害死亡・後遺障 害保険金額(合計)	傷害入院保険金 日額(合計)	傷害通院保険金 日額(合計)
				万円	円	円

(注)被保険者が同一であり、タフ・ケガの保険、学生・子ども総合保険、タフ・ケガの保険[積立タイプ]等、身体のケガに対して保険金が支払われる他の保険契約等をご記入ください。(団体契約・生命保険・共済を含みます)

過去の保険金請求歴	過去3年以内にケガで保険金(5万円以上) を請求または受領したことがありますか	あり	保険会社
			回数 回 合計金額 円

【ご注意】この加入申込票の告知事項(※欄)に事実と異なる記載をしたり、または事実を記載しなかった場合はご契約を解除し、保険金をお支払いできないことがあります。

【ご注意】毎月20日までに到着した分が翌月1日変更扱いになります。

引受保険会社 あいおいニッセイ同和損害保険(株)

保険
契約者一般社団法人 全国酪農協会
会長 馬瀬口 弘志

届出印