

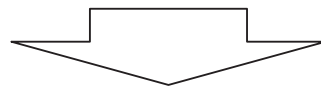
「倉庫業総合賠償責任保険制度」対応依頼票

送付日：平成 年 月 日

貴社名	フリガナ	ご担当者	フリガナ
所属協会名			
所在地	フリガナ		
	〒		
ご連絡先電話番号	()	FAX番号	()

希望する対応に○をしてください。

<input type="radio"/>	詳細な説明を聞きたいので連絡がほしい。	
<input type="radio"/>	質問に回答してほしい。	(質問を記入してください。)
<input type="radio"/>	保険料見積をしてほしい。	下記の質問にご回答ください。



1	補償開始月	ご希望の補償開始月をご記入ください。 ※ご契約書類のご提出締切は補償開始月の前月20日となります。	平成 年 月 1 日
2	合計年間月末平均保管残高	補償対象とする倉庫の合計年間月末平均保管残高(千円単位)はおいくらですか？	千円
3	保険金額	標準補償プランをご希望の場合、 期間中支払限度額(千円単位)をご記入ください。 ※上記2の数字以上でご設定ください。	<input type="radio"/> 標準補償プラン 千円
			<input type="radio"/> 少額補償プラン 30,000千円
4	付帯をご希望される特約	特約① 漏水損害補償特約	付帯する ・ 付帯しない
		特約② 特殊作業危険補償特約	付帯する ・ 付帯しない
		特約③ 誤出庫危険+リコール費用補償特約	付帯する ・ 付帯しない
5	特約② 業務内容	特約②をご希望される場合、業務名をご記入ください。	
6	追加被保険者	追加被保険者の事業者数をご記入ください。	
7	基本補償	火災危険は除きますか	除く



取扱代理店(株) ジャパン保険サービスまたは損保ジャパンより、ご連絡させていただきます。