

(一社)日本倉庫協会 倉庫業総合賠償責任保険制度 担当 行

(損保ジャパンパートナーズ 団体職域第四部 内)

【 F A X : 03 - 5989 - 0601 】

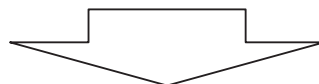
「倉庫業総合賠償責任保険制度」対応依頼票

送付日： 20 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	()	F A X 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。	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	充実補償プラン・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。(注)	プラン	1事故支払限度額	期間中支払限度額
			充実補償プラン	3億円	千円
			標準補償プラン	2億円	千円
			標準補償プラン	1億円	千円
少額補償プラン	30,000千円	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	火災危険不担保	有	・	無



取扱代理店 損保ジャパンパートナーズ(株)または損保ジャパン(株)より、ご連絡させていただきます。

(注)上記2に記入いただいた数字(残高)以上でご設定ください。ただし、年間月末平均保管残高が2,000,000千円(20億円)を超える場合は、2,000,000千円でご設定ください。