

アイアル少額短期保険株式会社 御中

■ご記入の前に(お客様の意向確認)

この保険は、お客様が所有または管理される賃貸住宅戸室内での死亡事故に伴い、ご自身で負担された「原状回復費用」と空室・値引期間の「家賃の損失」を補償するものです。
補償内容や補償額等をパンフレットおよび重要事項説明書にてご確認いただきまして、お客様のご意向に合っていましたら、以下の **1** ~ **5** の太枠内(預金口座振替依頼書を含む)にご記入のうえ、本保険にお申込みください。

1 ▼住所は必ず建物名までご記入ください。

申込人(契約者)	フリガナ 氏名・商号	フリガナ 住所	★生年月日 <small>契約者が個人の場合のみ記入</small>	大正 昭和 平成	年 月 日
	〒	〒	電話 番号	固定 携帯	() ()
	Eメール		Eメール		
	部署 担当者名		部署 担当者名		
個人情報取扱いの同意		重要事項説明書に記載の個人情報の取扱いに同意しますか?		はい	いいえ

※★印の項目で、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には、保険金をお支払できないことがあります。
※訂正の場合は、二重線を引き訂正印を捺印のうえ、訂正してください。
※申込書は保険始期日の属する月の前月15日(消印有効)までに代理店へ到着するようご送付ください。
申込書受領前の事故については補償されません。

2 ▼申込人(契約者)と異なる場合のみご記入ください。(記載のない場合は申込人に同じ)

被保険者(補償の対象となる方)	フリガナ 氏名・商号	フリガナ 住所	★生年月日 <small>被保険者が個人の場合のみ記入</small>	大正 昭和 平成	年 月 日
	〒	〒	電話 番号	固定 携帯	() ()
	Eメール		Eメール		
	部署 担当者名		部署 担当者名		
個人情報取扱いの同意		重要事項説明書に記載の個人情報の取扱いに同意しますか?		はい	いいえ

補償区分	保険金額(1事故限度額)
原状回復費用保険金	100万円
家賃保証保険金	200万円
事故見舞金	5万円

(注) 家賃保証保険金の支払い対象となる空室・値引期間は、1事故あたり12か月間が限度となります。

保険始期日	申込締切日(毎月15日)の翌月1日0時から
保険終期日	翌年の同一日付の前日24時まで
保険期間	1年間

(注)「保険始期日」は、お申込みを承諾した場合の補償を開始する日となります。

預金口座振替依頼書 ※ゆうちょ銀行を除く

私は、下記の収納企業から請求された金額を私名義の預金口座から口座振替によって支払うこととしたいので、右記口座振替規定を確約のうえ依頼します。

預金口座 名義人	フリガナ (自署)	金融機関お届け印			
銀行 信用金庫 組合	支店	預金種目 (どちらかに○印)	口座番号 (数字のみを右つめてご記入ください)		
コード	銀行番号	店番号	1. 普通	2. 当座	

— 預金口座振替規定 —

- 銀行(金庫・組合)に請求書が送付されたときは、私に通知することなく、請求書記載金額を預金口座から引落しのうえ支払ってください。この場合、預金規定または当座勘定規定にかかわらず、預金通帳、同払戻請求書の提出または小切手の振出しはしません。
- 振替日において請求書記載金額が預金口座から払戻すことのできる金額(当座貸越を利用できる範囲内の金額を含む。)をこえるときは、私に通知することなく、請求書を返却してもさしつかえありません。
- この契約を解約するときは、私から銀行に書面により届出ます。なお、この届出がないまま長期間にわたり会社から請求がない等相当の事由があるときは、とくに申出をしない限り、銀行はこの契約が終了したもとして取扱ってさしつかえありません。
- この預金口座振替についてかりに紛議が生じても、銀行の責めによる場合を除き、銀行には迷惑をかけません。

収納企業名(不備返却先): 三菱UFJファクター株式会社(ワイドネット)

〒101-8637 東京都千代田区神田淡路町2丁目101番地
TEL: 0120-921-4111
ワテラスタワー

振替日: 27日(金融機関休業日の場合は翌営業日)
委託者名: アイアル少額短期保険株式会社 委託者番号: 37624
料金等の種類: 保険料

(お客様 → 委託者 → 三菱UFJファクター → 金融機関)

金融機関 使用欄	検印	印鑑照合	受付印	(不備返却事由) 1. 預金取引なし 2. 記載事項等相違 ①店名 ②預金種目 ③口座番号 ④口座名義	3. 印鑑相違 4. 印鑑不鮮明 5. その他()
-------------	----	------	-----	---	----------------------------------

3 ★ 所有または管理する物件についてご記入ください (物件所在地が点在する場合でも、原則としてすべての賃貸住宅戸室をお引き受けの条件とします。)(事務所・店舗等の非居住用物件を除き、一部戸室のみを選択してのご契約はできません)

No.	物件所在地／物件名	戸室数		号室
記入例	<物件所在地> 神奈川県横浜市港北区あさひヶ丘 1-1-1	入居戸室数	15戸	201～203、205、301～303、305、 401～403、405、501～503
	<物件名> あさひヶ丘マンション	空室または対象外	3戸	101(店舗)、505・601(空室)
		合計	18戸	

物件1	<物件所在地>	入居戸室数	戸	
	<物件名>	空室または対象外	戸	
		合計	戸	

物件2	<物件所在地>	入居戸室数	戸	
	<物件名>	空室または対象外	戸	
		合計	戸	

物件3	<物件所在地>	入居戸室数	戸	
	<物件名>	空室または対象外	戸	
		合計	戸	

※ 物件所在地が4か所以上となる場合には別紙の「追加用」シートに追加してご記入ください。

4

4戸室未満の場合は、一時払のみとなります。


「追加用」シートに記載の物件を含めた合計をご記入ください。

「月払」を選択した方は月払保険料を、「一時払」を選択した方は一時払保険料をご記入ください。

※ 振込の場合は申込人負担となります。

保険料払込方法	合計戸室数		1戸室あたり保険料	合計保険料
月払 (口座振替)	入居戸室数	戸	【月払】 300円	円
一時払 (口座振替)	空室または対象外	戸	【一時払】 3,600円	
一時払 (振込)	合計	戸		

5

意向確認および契約申込欄		申込日	平成 年 月 日
私は、「重要事項説明書」を受領し、下記が意向に沿った内容であることを確認のうえ、本保険契約に申し込みます。 ■ 補償内容(保険金の支払事由等) ■ 補償額(保険金額) ■ 補償期間(保険期間)・保険料および払込方法 ■ 原則として被保険者の所有・管理する賃貸住宅戸室すべてを申し出る必要があること		ご署名 (フルネーム)	 ※ 法人契約の場合は代表者印・役職印が必要

▼お申込みに際して下記事項についてもご回答ください。

1	過去に所有または管理されていた賃貸住宅戸室内において、孤独死・自殺等の死亡事故をご経験されたことがありますか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(⇒その時期について:約 年前)
2	お申込みいただいた賃貸住宅戸室のうち、60歳以上のおひとり暮らしの方がお住まいの物件の戸室数(または割合)についてご回答ください。	<input type="checkbox"/> ある程度把握できている 約 戸室程度(約 %程度) <input type="checkbox"/> わからない

■ 代理店使用欄	代理店名	募集人名	代理店受付日	備考	<input type="checkbox"/> FAX済(/)	保険始期日	/ 1
					<input type="checkbox"/> 確認補正あり	受付印	承認印

❗ 定形サイズの封筒のみご用意ください(切手は不要です)

ご返送書類を必ず
ご確認ください！

- 申込書① (必須)
 申込書② (必須)
 追加用 (物件所在地が4か所以上の場合)

■ 送付用宛名 (ハサミ等でお切り取りください)

料
金
受
取
人
払
郵
便

日本橋局
承認

8891

差出有効期間
2020年6月
30日まで

103-8790

958

(受取人)
 東京都中央区日本橋大伝馬町一丁目三
 Askav日本橋二階
 アイアル少額短期保険株式会社
 お客様サービス係 行



① A4の用紙をセットし、等倍で印刷してください。

(注)印刷設定時に「**実際のサイズ**」を選択してください。

② 印刷後、左記の送付用宛名を切り取り線に沿ってハサミ等でお切り取りください。

③ 切り取った宛名は封筒の宛名面に貼り付けてください。

(注)封筒は、定形サイズをご利用ください。

定形サイズとは、
 天地 14cm ~ 23.5cm / 左右 9cm ~ 12cm
 の範囲のサイズです。

印刷設定方法イメージ (パソコン環境により表示が異なります)

