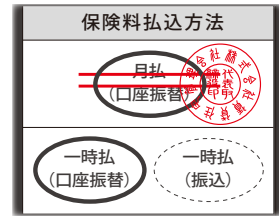


申込書を訂正される場合 (例)

- 訂正箇所を二重線で抹消し、訂正印をご捺印ください。
  - 修正液等は使用しないでください。
- 1 ~ 2 の箇所の訂正印 → 契約者の印と同一印  
3 の訂正印 → 金融機関出印と同一印



1 契約者ご自身がご記入ください。  
◆ 契約者が個人の場合には、生年月日をもれなくご記入ください。

2 契約者と異なる場合のみ、ご記入ください。  
◆ 被保険者が個人の場合には、生年月日をもれなくご記入ください。

3 保険料の払込方法が口座振替の場合には、預金通帳をご確認のうえ、預金通帳記載のとおりにご記入ください。不備がありますと、ご契約の手続きが遅れることがありますので、特にご注意ください。  
◆ 印鑑は記入例のように鮮明に押してください。(不鮮明・重ね押し・複数押印は不可)

賃貸住宅管理費用保険(2020) 契約申込書

証券番号 C K

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ください。お客様の意向に合わせていましたら、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。

氏名・商号 フリガナ カシタイジ ユウカクカンガ イヤダ ヒョウリマツヤチノカイ 知 株式会社 賃貸住宅管理会社 代表取締役 賃貸 太郎	★生年月日 (西暦) 年 月 日
〒103-8301 東京都中央区本町 1-1-1 本町ビル 5F	電話 固定 03 (1234) 5678 携帯 090 (8765) 4321 Eメール kanri@chintai-j.co.jp 部署 担当者名 管理部 山田 花子

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)

氏名・商号 フリガナ ヤシジロウ 家主 二郎	★生年月日 (西暦) 1975 年 5 月 5 日
〒160-1601 東京都新宿区南新宿 2-2-2	電話 固定 03 (5555) 5555 携帯 090 (1111) 1111 Eメール jiro55@abc-net.ne.jp

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(支払割合80%)	200万円
事故見舞金	5万円

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(支払割合80%)	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
保険満期日	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。

3 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お支払いしたいので、右記口座振替規定を契約のうえ依頼します。

預金口座名義人 フリガナ カシタイジ ユウカクカンガ イヤダ ヒョウリマツヤチノカイ 知 株式会社 賃貸住宅管理会社 代表取締役 賃貸 太郎	金融機関お届け印
支店 アイアル 東京	預金種目 普通
銀行番号 9999001	口座番号 1122333

1. 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。

2. 振替日において請求書記載金額が預金口座から払戻しのできる金額(当座貸越を利用できる範囲内の金額を含む。)をごえるときは、私に通知することなく、請求書を返却してもしつがえありません。

3. この契約を解約するときは、私から銀行に書面により届けます。なお、この届出がないまま長期にわたり余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のと取扱って差しつかえありません。

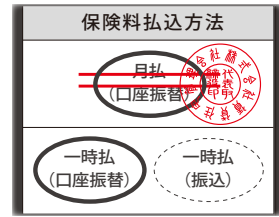
4. この預金口座振替についてかりに紛争が生じても、銀行の責めによる場合を除き、銀行には迷惑をかけません。

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)  
〒101-8537 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)

申込書を訂正される場合 (例)

- 訂正箇所を二重線で抹消し、訂正印をご捺印ください。
- 修正液等は使用しないでください。

4 ~ 7 の箇所の訂正印 → 契約者の印と同一印



4 所有または管理する賃貸住宅の詳細をご記入ください。

- ◆ 空室・対象外戸室についても、【空室または対象外】欄へ「戸室数」と「号室」をご記入ください。
- ◆ 【合計】欄には戸室数の合計をご記入ください。
- ◆ 物件所在地が5か所以上となる場合には、別紙の「追加用」シートにご記入ください。

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
4 物件1	<物件所在地> 東京都港区みなと 3-3-3	入居戸室数	1戸
	<物件名> みなとマンション	空室または対象外	0戸
	合計	1戸	1001 (区分所有)
物件2	<物件所在地> 千葉県千葉市美浜区海岸 4-4-4	入居戸室数	1戸
	<物件名> (建物名なし)	空室または対象外	0戸
	合計	1戸	一戸建
物件3	<物件所在地> 大阪府大阪市中央区中央 7-7-7	入居戸室数	10戸
	<物件名> マンション大阪中央	空室または対象外	2戸
	合計	12戸	401~405, 501~505 101(店舗)、201(空室)
物件4	<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裏面に追加してご記入ください。

5 保険料の払込方法を選択し、「戸室数」および【合計保険料】等をご記入ください。

- ◆ 【保険料払込方法】に○をつけてください。ただし、入居戸室数の合計が4戸室未満の場合は、「一時払」のみとなります。

5 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
<input checked="" type="radio"/> 月払 (口座振替) <input type="radio"/> 一時払 (口座振替) <input type="radio"/> 一時払 (振込)	入居戸室数 12戸	入居戸室数 月払 一時払 19戸室以下 390円 4,680円 20~49戸室 340円 4,080円 50戸室以上 280円 3,360円	4,680 円
	空室または対象外 2戸		
	合計 14戸		

※ 入居戸室数が4戸室未満の契約の場合、月払でのお引受けはできません(一時払となります)。なお、振込払の場合、振込手数料は申込人負担となります。

- ◆ 【入居戸室数】【空室または対象外】および、その【合計戸室数】ならびに【合計保険料】をご記入ください。
- ◆ 【合計保険料】は、月払の場合は月払保険料を、一時払の場合は一時払保険料をご記入ください。
- ◆ 物件所在地が4か所以上の場合、「追加用」シートに記載した物件の入居戸室数も合わせた総計でご記入ください。

6 意向確認および契約申込欄	申込日
「重要事項説明書」を受領し、個人情報の取扱いに同意するとともに、下記の意向に沿った内容であることを確認し、貴社の賃貸住宅管理費用保険(2020)普通保険約款および特約付の場合にはそれぞれの特約条項が契約内容となることを承知のうえ、保険契約を申し込みます。また、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について了承・同意しました。 ■ 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	(西暦) 2020 年 5 月 1 日  株式会社 賃貸住宅管理会社 代表取締役 賃貸 太郎

7

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。  
 いいえ  
 はい(⇒その時期について: 約 5年前)

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。  
 ある程度把握できている 約 戸室程度(約 2%程度)  
 わからない

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

6 重要事項説明書をご覧ください、補償内容等がご意向に沿った内容であることなどをご確認のうえ、申込日・契約者名をご記入ください。

- ◆ 申込日は実際に申込書を記入された日をご記入ください。
- ◆ 契約者が法人の場合は、法人の代表者印・役職印が必須となります。

7 過去の死亡事故(孤独死・自殺・犯罪死)歴および60歳以上のおひとり暮らしの方のお住まいの戸室数または割合についてもご記入ください。(任意)