

美容所賠償責任補償制度加入依頼書

「重要事項等説明書」を受領し「個人情報の取り扱いに関する事項」に同意のうえ加入します。

加入依頼人 および記名被保険者 (組合員)	フリガナ	※法人の場合は法人名をご記入ください。	
店主名	フリガナ		
店名	フリガナ		
美容所所在地	フリガナ	Tel ()	
都道府県(組合)名	支部名	加入日	
千葉県美容業生活衛生同業組合	柏	令和 年 月 日	

複数の店舗がある場合は、それぞれの店舗ごとに加入依頼書をご提出ください。

同種の危険を保証する他の保険契約など	
有無(○印)	あり なし
保険会社	
保険種類	
満期日	年 月 日
ご契約金額	千円

【ご注意】

加入依頼書の記載事項は全項目が告知事項となりますので、事実を正確にお申し出ください。記載事項(告知事項)が事実と相違する場合には、ご契約を解除させていただくことがあり、解除前に発生していた事故による損害に対しても保険金をお支払いできません。詳しくは、重要事項等説明書をご覧ください。