

<日本織物中央卸商業組合連合会 団体P L 保険加入申込票>

—— 生産物賠償責任保険 ——

日本織物中央卸商業組合連合会 御中
(FAX 03-3661-5430)

※印の項目は危険に関する重要な事項です。ご回答内容が事実と異なる場合または事実を記載しなかった場合は、ご契約を解除し、保険金をお支払いできないことがありますので十分にご確認のうえご回答（記入）ください。

下記の通り生産物賠償責任保険の加入を依頼します。

ご加入会社名

代表者名

印

保険契約についての重要な事項に関する説明書類を受け取るとともに、申込内容が意向に沿ったものであることを確認し、個人情報の取扱に同意のうえ加入を申し込みます。

〒

ご住所

お電話

TEL

—

—

FAX

—

—

ご担当者名

役職・部署

1. 保険期間 2018年7月1日午後4時 より 2019年7月1日午後4時まで 1年間

2. 支払限度額 (いずれかに○印を付けてください)

A. 身体障害・財物損壊共通1年間の支払限度額 1億円 (1事故・期間中、免責1万円)

B. 身体障害・財物損壊共通1年間の支払限度額 2億円 (1事故・期間中、免責1万円)

C. 身体障害・財物損壊共通1年間の支払限度額 3億円 (1事故・期間中、免責1万円)

3. 現在把握可能な最近の会計年度(1年間)の期間・売上高をご記入してください。

平成 年 月 日から平成 年 月 日までの1年間

① 織物・ニット・繊維・雑貨類等の売上高 千円 ※

② 上記①のうち、製造・輸入分の売上高 千円 ※

③ 上記以外の製品の売上高

製品名・売上高 ※

(うち、製造・輸入分 ※)

* ご申告内容(例: 売上高が実際の数値と異なっているなど)が不適切な場合は保険金が支払われない場合がありますのでご注意ください。加入申込票の記載内容については、間違いがないか必ずご確認ください。

(裏面もご回答ください⇒)

※他の保険契約等

この保険契約で保険金お支払対象となる損害を補償する他の保険契約等がある。（ありのときは右欄に記入。記入がない場合は「なし」となります。） あり	保険会社		保険金額 支払限度額	
	保険種類		過去3年間に おける事故	ありの場合 ⇒ （ ） 回 万円