

住替え情報ネットワークの会 御中

(FAX/092-582-8005)

貴会の活動趣旨に賛同し、入会の申し込みをいたします。

尚、添付いたします『健康告知書』の記載内容によっては、保険加入の引受条件が付される場合や保険加入ができない場合もあることをあらかじめ承知いたします。

申込日	平成 年 月 日		
住所	〒 — — TEL — —		
マンション名			号室
フリガナ 氏名	印		性別 男・女
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日 才		
ご職業	自営業: _____ 給与所得(業種: _____) その他(_____)		

《備考欄》 紹介者:(名称)

担当者:

(住所)

TEL — —

保証利用(有・無):

《住替え情報ネットワークの会 処理欄》

入会処理年月日	平成 年 月 日	承認・不承認
管理番号		
業種コード	級別	級
GLTD 加入	可・否	加入条件
GLTD 加入日	平成 年 月 1日	(N+3月の1日)
基本契約 天災危険担保特約	可・否	5万円 (免責期間90日 填補期間5年間)
精神障害担保特約	可・否	5万円 (免責期間90日 填補期間2年間)
失業担保特約	可・否	5万円 (免責期間90日 填補期間240日)

