

生命保険契約付保に関する同意書

ご契約者様は、控えとして本紙コピーを必ずお受け取りください

- 当社(店)は、将来、従業員が死亡・入院・手術等をしたことによる、従業員・遺族に対する退職金・弔慰金または見舞金等の支払い、および当社(店)が負担する経済的損失の補填に備え、従業員を被保険者とする生命保険契約を生命保険会社と締結する。
- 当社(店)に保険金・給付金等が支払われた場合、保険金・給付金等の全部または相当部分は、退職金・弔慰金または見舞金等の支払いに充当する。

事業主殿

私は上記内容により、生命保険契約の被保険者となることに同意します。

氏名
(自署)

氏名
(自署)

様

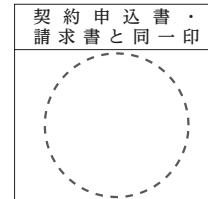
S O M P O ひまわり生命保険株式会社 御中

令和 年 月 日

当社(店)は、上記内容にもとづき生命保険契約の被保険者とすることについて、被保険者となる従業員の同意を得ています。

保険契約者
(事業主)

様



会社使用欄	申込番号／証券番号	営業店受付日	本社担当者