

生命保険契約付保に関する同意書

1503302

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

1. 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。
2. 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) 様

氏 名
(自署) 様

氏 名
(自署) 様

氏 名
(自署) 様

氏 名
(自署) 様

氏 名
(自署) 様

氏 名
(自署) 様

氏 名
(自署) 様

SOMPO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
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

契約申込書・
請求書と同一印



会社 使用 欄	申 込 番 号 / 証 券 番 号	営 業 店 受 付 日	本 社 担 当 者