

「給付金請求に関する確認書（無事故給付金用）」記入例

5085600

給付金請求に関する確認書（無事故給付金用）

SOMPOひまわり生命保険株式会社 宛

下記保険契約に関して、SOMPOひまわり生命保険株式会社に、給付金を請求し、支払われた場合は、無事故給付金特約条項（医療保険）第2条にもとづき、無事故給付金の請求権が消滅することについて確認しました。

記

1 該当の証券番号、契約者様名、被保険者様名をご記入ください。

2 本書を記入いただいた日付をご記入ください。

3 契約者様のご住所、お名前（自署）をご記入ください。

保険証券番号 サ0123456789

1 契約者名 ひまわり 太郎

被保険者名 ひまわり 花子

◇無事故給付金特約条項（医療保険）第2条第1項（抜粋）			
給付金の種類	支払額	受取人	無事故給付金を支払う場合
無事故給付金	無事故給付金額	保険契約者	被保険者がこの特約の保険期間満了時に生存し、かつ、この特約の保険期間中に主約款に定めるこの特約の被保険者の疾病入院給付金、災害入院給付金または手術給付金のいずれも支払われなかったとき

以上

2 令和 元年 10月 1 日

3 住 所 東京都新宿区西新宿 × - × - ×

契約者（自署） ひまわり 太郎

保険金 19.10
(803327)

※機械印字されている場合には、印字内容をご確認ください。

訂正方法

- ・記入内容を訂正する場合は、修正箇所を二重線で消し、余白に修正後の内容をご記入ください。
- ・修正箇所には、サインをご記入ください。

証券番号	サ0123456789
	ひまわり 太郎
契約者名	ひまわり 花子 ひまわり 太郎

保険金 19.10 (891066)