

「団体保険制度」対応依頼票

送付日: 年 月 日

貴社名	フリガナ	ご担当者	フリガナ
工場名			
工場所在地	フリガナ 〒		
ご連絡先電話番号	()	(FAX番号)	()
所属協会名 (地区協会名)			

ご希望の保険制度に○をしてください。

<input type="radio"/>	「冷蔵倉庫業者賠償責任保険(冷賠責)」 <small>ただし、(社)日本冷蔵倉庫協会の賛助会員のみが対象となります。</small>
<input type="radio"/>	「自家貨物動産総合保険(自動総)」
<input type="radio"/>	「冷蔵倉庫等施設所有管理者賠償責任保険(施賠責)」
<input type="radio"/>	「冷蔵倉庫等団体機械保険(機械保険)」

ご希望する対応に○をしてください。

<input type="radio"/>	詳細な説明を聞きたいので連絡がほしい。
<input type="radio"/>	質問に回答してほしい。 (質問を記入してください。)
<input type="radio"/>	パンフレットを送ってほしい。
<input type="radio"/>	保険料見積をしてほしい。下記の質問にご回答ください。

■ご質問事項	ご質問内容	ご回答欄	
1	補償開始月 ご希望の補償開始月をご記入ください。 <small>※中途加入の場合、締切は補償開始月の前月15日となります。</small>	年 月 1 日	
2	冷蔵設備能力 補償対象とする倉庫の冷蔵設備能力は何トンですか？	トン	
3	冷蔵設備容積 補償対象とする倉庫の容積は何m ³ ですか？	m ³	
4	保険金額 (施賠責除) ご希望の期間中支払限度額(千円)をご記入ください。 <small>※5万円/トンの数字以上でご設定ください。</small>	千円	
5	冷媒の種類 補償対象とする倉庫の冷媒種類を右記からご選択ください。	<input checked="" type="radio"/> フロン	<input type="radio"/> アンモニア
6	建物の構造 補償対象とする倉庫の構造を右記からご選択ください。	<input checked="" type="radio"/> 耐火造	<input type="radio"/> 非耐火造
7	冷蔵室温度 補償対象とする倉庫の保管温度(級別)を右記からご選択ください。	<input checked="" type="radio"/> F、C1、C2、C3	<input type="radio"/> SF
8	取扱代理店 ご指定の保険会社・代理店はありますか？ ある場合は右記にご記入ください。		

ご指定がない場合は、
取扱代理店または損保ジャパンより連絡させていただきます。

『個人情報の取扱いについて』

当協会は、ご提出いただいたこの「団体保険制度」対応依頼票にご記載の個人情報をもとに、団体保険制度のご案内をさせていただきます。
なお、適切で分かりやすい資料にてご提案させていただくために、同個人情報をご提供いただくこと、同個人情報を当協会が取扱代理店または損害保険代理店委託契約を締結している損害保険ジャパン(株)に提供することにご同意のうえ、「団体保険制度」対応依頼票にご記入ください。