

( 新 規 )

## 団体 P L 保険加入申込票

— 国内生産物賠償責任保険 —

※印の項目は危険に関する重要な事項です。ご回答内容が事実を相違する場合または事実を記載しなかった場合はご契約を解除し、保険金をお支払いできないことがありますので十分にご確認のうえご回答（記入）ください。

日本織物中央卸商業組合連合会 御中

( FAX : 03-3661-5430 )

下記の通り国内生産物賠償責任保険の加入を申込みます。

加入会社名 代表者名	印		
	保険契約についての重要な事項に関する説明書類を受け取り、内容について確認するとともに、個人情報の取扱に同意のうえ加入を申し込みます。		
住所・電話	〒 —  TEL — — FAX — —		
担 当 者		役職・部署	

1. 保険期間 2014年7月1日午後4時より2015年7月1日  
午後4時まで1年間

2. 支払限度額・免責金額（いずれかに○印を付けて下さい）

- A. 身体障害・財物損壊共通1年間の支払限度額 1億円（免責1万円）  
B. " 2億円（免責1万円）  
C. " 3億円（免責1万円）

3. 現在把握可能な最近の会計年度（1年間）の期間・売上高をご記入ください

平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで1年間

① 織物・繊維・雑貨類等の売上高 \_\_\_\_\_ 千円 ※  
\*必ず千円単位までご記入ください

② 上記以外製品の売上高 \_\_\_\_\_ 千円 ※  
\*必ず千円単位までご記入ください

(製品名) \_\_\_\_\_

※他の保険契約等

この保険契約で保険金お支払対象となる損害を補償する他の保険契約等がある。(ありのときは右欄に記入。記入がない場合は「なし」となります。)	保険会社		保険金額 支払限度額	万円
あり	保険種類		過去3年間に おける事故	ありの場合 ⇒ ( ) 回