

申込日： 年 月 日

(申込日をご記入ください)

株式会社鴻池組 御中

(提出先：人事担当課または鳳保険サービス株式会社 御中)

●申込人(加入者)および被保険者は、募集文書または損保ジャパン公式ウェブサイト (https://www.sompo-japan.co.jp/) に掲載の個人情報の取扱いに同意します。

会社名	所属	職員コード	申込人氏名(フリガナ)	性別
				男・女
生年月日	年齢	住所		
昭和 平成 年		(〒 -)		
月 日	歳	(TEL - -)		

鴻池組グループ 保険加入・変更申込書

下記のとおり申し込みます。(申し込みをされる加入タイプに○印をつけてください。)

(ご注意) 団体ゴルファー保険にすでにご加入の方で契約内容等の変更の無い場合は同等内容にて継続されますので本書の提出は不要です。

ゴルファー保険

① 新規加入申込 (保険期間：2023年9月1日午後4時～2024年9月1日午後4時)

被保険者氏名	フリガナ	続柄	生年月日	加入タイプ					保険料(円)
申込(加入)者ご本人				G1	G2	G3	G4	G5	
			年 月 日	G1	G2	G3	G4	G5	
			年 月 日	G1	G2	G3	G4	G5	

② 変更申込 (保険期間：申込手続き完了日の翌日～2024年9月1日午後4時)

現在のタイプ					変更後のタイプ					
G1	G2	G3	G4	G5	⇒	G1	G2	G3	G4	G5

③ 中途加入申込 (保険期間：申込手続き完了日の翌日～2024年9月1日午後4時) (加入希望日 月 日)

被保険者氏名	フリガナ	続柄	生年月日	加入タイプ					保険料(円)
申込(加入)者ご本人				G1	G2	G3	G4	G5	
			年 月 日	G1	G2	G3	G4	G5	

中途加入の場合はご加入申込と保険料をいただいた日の翌日から保険始期が始まります。

* 引落(振替)口座の変更をご希望の場合○印をご記入ください。 ○ 口座振替依頼書の送付を希望

他の保険会社でゴルファー保険の契約がある場合ご記入ください。

保険会社名	満期日	保証内容、保険金額
-------	-----	-----------

※記載事項が事実と相違した場合には、保険金が支払われない場合がありますのでご注意ください。

<脱退> 現在加入のゴルファー保険から脱退します。

脱退被保険者名