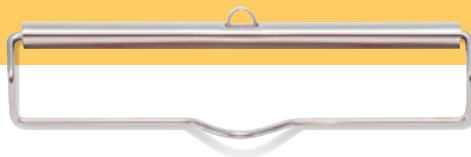







労災の上乗せ保険 ご契約内容確認のご案内



		回答欄
1	<p>労災事故で万一従業員や遺族から訴えられた場合、十分な賠償金を準備できる内容になっている?</p> 	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない
2	<p>従業員が過労で入院した場合、治療費や差額ベッド代を補償できる内容になっている?</p> 	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない
3	<p>従業員が仕事中に地震でケガをした場合、見舞金を出せる内容になっている?</p> 	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない
4	<p>治療方法を選択するためのセカンドオピニオンの相談ができるサービスがセットされている?</p> 	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない
5	<p>労災事故に関わらず、回収できない売掛金やカスタマーハラスメントなどの仕事上や、日常生活でのトラブルについて弁護士へ相談できるサービスがセットされている?</p> 	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない

ひとつでも「いいえ」「わからない」がある場合
現在ご加入のご契約内容をご確認することをおすすめします。

裏面をご覧ください。

お届けしました資料につきまして、詳しい説明のご要望等がございましたら、
当用紙をFAXまたはメール返信くださいますようお願いいたします。

返信先

FAX

メール

※番号・メールアドレスはお間違えのないよう重ねてご確認をお願いいたします。

まずは現在ご加入の労災の上乗せ保険についてご相談ください。

相談依頼シート

※赤枠内をご記入をお願いします。

FAX

メール

以下該当する□にレ点および必要事項をご記入ください

お気軽に
ご相談ください!

契約内容を確認して欲しい。

電話が欲しい。

訪問して欲しい。 月 日 時

(担当者: 役職:)

貴社名

ご住所 〒

電話番号

現在ご契約の保険会社名

現在ご契約の満期日

西暦 20 年 月 日

事業内容

直近会計年度の年間売上高

従業員数

百万円

名

上記の赤枠内のご記入に加えて、現在ご契約されている労災の上乗せ保険証券のコピーを添付いただいた場合は左の□にレ点をしてください。

- この相談依頼シートにご記入いただいた情報は、弊社の商品・サービスなどのご案内に利用させていただき、これ以外の目的には利用しません。弊社の個人情報の取扱い（プライバシーポリシー）の詳細は、ホームページをご覧ください。（URL:<https://www.aig.co.jp/sonpo/company/direction/privacy-policy>）
- ご契約に際しては、保険商品についての重要な情報を記載した重要事項説明書（「契約概要」「注意喚起情報」等）を、事前に必ずご覧ください。
- 弊社の損害保険募集人は、保険契約締結の代理権を有しています。

AIG損害保険株式会社

お問い合わせ・お申し込みは

〒105-8602 東京都港区虎ノ門4-3-20

03-6848-8500

午前9時～午後5時（土・日・祝日・年末年始を除く）



<https://www.aig.co.jp/sonpo>