

エステティックサロン賠償責任保険窓口(株式会社エヌシーアイ)行き
FAX:03-3426-9779

【エステティックサロン賠償責任保険】見積依頼書

(法人名・代表者名)

平成 年 月 日

(担当者名)

(連絡先) Tel:

Fax:

ご加入をご検討いただきましてありがとうございます。
お見積りは、売上高、店舗数等の情報にもとづき算
出いたしますので、大変お手数ではございますが本
用紙の該当項目へご記入の上、取扱代理店までFAX
をお願いいたします。

美容ライト脱毛トリートメント ^{※1} を行うサロン	(店舗)	店	(売上高) ^{※2}	千円
美容ライト脱毛トリートメントを行わないサロン	(店舗)	店	(売上高)	千円
合計	(店舗)	店	(売上高)	千円

※1: エステティック振興協議会の自主基準をみたした美容ライト脱毛を行うエステティックサロンといたします。

補償内容等については別紙パンフレットをご覧頂くか、取扱代理店までお問合せください。

※2: 年間売上高には消費税を含みます。

～お申込頂く場合は下記加入依頼書にも記入・押印の上ファックス下さい～

【エステティックサロン賠償責任保険】加入依頼書

一般社団法人 日本エステティック業協会 御中

申込日 平成 年 月 日

<保険期間>

平成30年4月1日～平成31年4月1日まで

<中途加入の保険期間>

平成30年 月1日～平成31年4月1日まで

申込 人 (法 人)	フリガナ (住所) 〒 - - TEL: - - FAX: -
	フリガナ (法人・代表者名) 申込印 (「重要事項説明書」の内 容確認印兼用) 印

合計保険料

同種他の保険契約はありますか?	有・無	保険会社名	種類/保険金額・支払限度額 /
過去3年間に5万円以上の損害保険金を請求または受領したことがありますか?	有・無	保険会社名	請求回数/保険金額 /