

日本ペット共済契約申込書 / 告知書

●白地の部分について、ご記入または□()のご選択をお願いします。

日本ペット共済 御中

貴共済会のペット共済(ペット)の重要事項を承認し、下記記載事項が事実と相違ないことを確認のうえ次のとおり共済契約を申し込みます。
また、被共済動物を診察もしくは治療した動物病院・獣医師等が貴社の請求に応じて被共済動物に関する治療記録を開示することに同意します。

1 ご記入日(申込日・告知日) 平成 年 月 日

証券番号

●「重要事項説明書(契約概要・注意喚起情報)」の内容をご確認いただき、「個人情報の取扱いについて」に同意のうえ、申込人ご本人様をご記入ください。

2 申込人 (共済契約者兼)	フリガナ	重要事項説明書 了知受領印・個人 情報取扱同意印 兼用	性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
	〒□□□-□□□□ 都道府県 市区		生年月日	大正() 昭和() 平成() 年 月 日	
ご住所	フリガナ	捺印またはサイン	ご職業	会社員() 自営業() 公務員() 学生() 主婦() その他()	
			自宅電話番号	() ()	
			携帯	() ()	
		Eメールアドレス (どちらか必須)	P C 携帯		

●ペット(被共済動物)についてご記入ください。

3 ご加入 頭数	はじめてのご加入は1頭目となります。すでに別の ペットで当共済会のペット共済にご加入の場合、 所定の条件を満たせば多頭割引適用となります ので必ずご記入ください。	種別	<input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 猫	性別	<input type="checkbox"/> オス <input type="checkbox"/> メス	去勢 避妊	<input type="checkbox"/> 未済 <input type="checkbox"/> 済
ペットの お名前	フリガナ	毛色		生年月日	<input type="checkbox"/> 確定 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 推定 満 歳		
品 種	<input type="checkbox"/> 純血 <input type="checkbox"/> 混血 混血の場合もお分かりになれば親の品種を ご記入ください。	体重	約 kg	予防接種	犬 混合ワクチン()種 平成 年 月 日 狂犬病ワクチン 平成 年 月 日	猫 混合ワクチン()種 平成 年 月 日	
	品種名()			接種病院名	TEL ()		

●保障内容をご確認のうえご選択ください。

4 保障内容 (プラン名の いずれかに ○をつけて ください)	プラン	保障割合	通院共済金		入院共済金		手術共済金		ワクチン補助共済金	
	シルバープラン	50%	支払い限度額 10,000円 まで /1日	限度日数(回数) 無制限 /1年	支払い限度額 10,000円 まで /1日	限度日数(回数) 無制限 /1年	支払い限度額 100,000円 まで /1日	限度日数(回数) 2回まで /1年	支払い限度額 上限 3,000円	限度日数(回数) 1回/1年
	ゴールドプラン	70%	支払い限度額 15,000円 まで /1日	限度日数(回数) 無制限 /1年	支払い限度額 15,000円 まで /1日	限度日数(回数) 無制限 /1年	支払い限度額 150,000円 まで /1日	限度日数(回数) 2回まで /1年	支払い限度額 上限 3,000円	限度日数(回数) 1回/1年
	プラチナプラン	100%	支払い限度額 18,000円 まで /1日	限度日数(回数) 無制限 /1年	支払い限度額 18,000円 まで /1日	限度日数(回数) 無制限 /1年	支払い限度額 180,000円 まで /1日	限度日数(回数) 2回まで /1年	支払い限度額 上限 5,000円	限度日数(回数) 1回/1年
共済期間	1年間: 契約日より1年後の契約応当日前日の午後12時(24時まで)(自動更新)									
初年度免責期間	契約日より、病気は30日間、ガンは90日間。									

●共済基本料について3ページをご確認のうえご記入ください。

5 共済基本料	払込方法	<input type="checkbox"/> 年払 <input type="checkbox"/> 月払
	払込方法 (経路)	<input type="checkbox"/> 口座振替 <input type="checkbox"/> カード
	割引	<input type="checkbox"/> 多頭割引適用
	適用 共済基本料 合計	, 円
*選択した年払または月払共済基本料をご記入ください。 *初回のみ事務手数料500円がかかります。		

●加入審査のためペットの健康状態等について共済契約者または被共済者が下記1~4までの全質問にご回答ください。

*事実を記入されなかった場合や記入内容が事実と相違していた場合には、加入後共済金をお支払いできない場合がありますのでご注意ください。
*既往症等の状況によっては、ご契約をお引受できない場合や特別条件でのご契約をお願いすることがあります。

6 告知欄 「はい」の場合には右欄に詳細をご記入ください。複数ある場合はすべてご記入ください。

1 過去、右にあげる病気・症状であると獣医師に診断されたことがありますか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	該当する番号を○で囲んでください。 1.心不全 2.腎不全 3.糖尿病 4.フィラリア感染症 5.悪性腫瘍 6.重度の外耳炎 7.猫エイズウイルス感染症 8.猫白血病ウイルス感染症 9.神経疾患(発作・てんかん等) 10.パバシア症 11.ヘモバルトネラ症	左記の疾病にひとつでも「はい」 があった場合、お引き受けでき ません。
2 現在、治療中または経過観察中の傷病や症状(障害や継続的な異常など)はありますか。また、過去6ヶ月以内に動物病院において予防目的以外での診察をお受けになっていますか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	傷病名・症状 治療内容 *現在治療中の場合はその詳細もご記入ください。 治療 検査期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 動物病院名 TEL ()	治療内容 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 受診なし <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 手術 現在 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> 完治(最終治療日 年 月 日)
3 これまでに、先天性異常がある(または疑いがある)と獣医師による診断を受けたことはありますか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	先天性異常 の内容	現在 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治療なし <input type="checkbox"/> 完治(最終治療日 年 月 日)
4 販売用、興行用、貸出用、狩猟用、闘争用、試験・研究用、繁殖用などの事業用動物ですか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	詳細	事業用動物に該当する場合、 お引き受けできません。

※複数頭お申込みいただく場合には、1頭毎に契約申込書/告知書が1部づつ必要となります。

千しり線