

まもりすまい保険 保険契約申込書（一戸建住宅）

特定

住宅保証機構株式会社 御中


住宅瑕疵担保責任保険を以下により申込みます。なお、保険契約締結までに「保険契約申込事項変更届」、「保険証券発行申請書」により、申込内容の変更等を行った場合は、その内容に基づき保険契約を締結します。

【ご注意】

白又キ部分は必須項目ですので、

保険契約申込者が必ずご記入下さい。また、

*印の保険限度額を訂正する場合は、申込者の訂正印が必要です。

申込日 必ずご記入ください。	20 年 月 日		団体受付番号	申込受付番号
	保険検査申込機関 (事務機関)		現場検査実施機関 (受付窓口と異なる場合)	
	氏名または 商号	代表者名	住宅供給区分 <input type="checkbox"/> 建設業者(請負契約) <input type="checkbox"/> 宅建業者(売買契約) <input type="checkbox"/> 建設業者/許可なし(請負契約) 請負人又は売主が複数事業者の場合 <input type="checkbox"/> JVまたは 共同分譲 <input type="checkbox"/> 分離発注 <input type="checkbox"/> JV含む 分離発注	
事業者届出番号			重要事項説明書を受領し、 確認しました。また個人情報 の取り扱いに関する説明 事項に同意し保険契約を申 込みます。 	

現場情報	住居表示または 現場所在地 (地名・地番)	〒
	住宅取得者 (予定)	フリガナ

保険種類	<input type="checkbox"/> 住宅瑕疵担保責任保険(1号) ※建設業者(請負契約)又は宅建業者(売買契約)で、住宅取得者が宅建業者でない場合 <input type="checkbox"/> 住宅瑕疵担保責任任意保険(2号) ※上記以外の場合
------	--

保険料	受理証記載の金額 (一括払、 <input type="checkbox"/> 座振替)	保険期間	引渡日から10年間
床面積	. m ² 階数 地上 階・地下 階	住宅種類	<input type="checkbox"/> 専用 <input type="checkbox"/> 併用
保険限度額*	<input type="checkbox"/> 基本2000万円 <input type="checkbox"/> 特別 (万円)	利用者関係	<input type="checkbox"/> 注文 <input type="checkbox"/> 分譲 <input type="checkbox"/> 賃貸
建築確認	<input type="checkbox"/> 要 申請 機関名 ()	建設住宅 性能評価	<input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 併用申込 <input type="checkbox"/> 別機関申込 <input type="checkbox"/> 評価書取得済等)
住宅保証機構の 地盤保証制度	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 地盤調査等・地盤保証依頼書(写)添付 (基礎工事着工日: 20 年 月 日)		
住宅保証機構の 住宅完成保証制度	<input type="checkbox"/> 有 団地申込 <input type="checkbox"/> 有 () 戸	転売特約の付帯	<input type="checkbox"/> 有
設計施工基準 第3条確認	<input type="checkbox"/> 有 整理番号 ()	地盤補強工事	<input type="checkbox"/> 有
工法(構造)	<input type="checkbox"/> 木造軸組 <input type="checkbox"/> 2×4 <input type="checkbox"/> 木質プレハブ <input type="checkbox"/> 鉄骨プレハブ <input type="checkbox"/> コンクリートプレハブ <input type="checkbox"/> 鉄骨 <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> スチールハウス <input type="checkbox"/> ログハウス <input type="checkbox"/> 補強CB <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> SRC		
工事完了予定日 (現場検査希望日)	①基礎 配筋完了 20 年 月 日	②中間階 床配筋完了 20 年 月 日	③中間階 床躯体完了 20 年 月 日
	④屋根版 配筋完了 20 年 月 日	⑤屋根(防水) 工事完了 20 年 月 日	構造種別に応じて記入願います。 ■木造: ①⑤ ■RC造: ①④ (4層以上は①②⑤) ■S造: ①⑤ (4層以上は①③⑤)
防水オプション検査	<input type="checkbox"/> 希望する 20 年 月 日	保険法人による検査希望 <input type="checkbox"/> 希望する 保険法人による検査 階数3以下: 基礎配筋検査、階数4以上: 2層目床躯体検査	
現場検査 立会者	会社名	氏名	緊急 連絡先 FAX
申込担当者	住所 〒		緊急 連絡先 FAX
	会社名 所属名	氏名	FAX
	メール アドレス		
団体検査員	会社名 所属	氏名	TEL.
	事業者届出番号	団体検査員番号	FAX.
添付書類	<input type="checkbox"/> 保険契約内容確認シート <input type="checkbox"/> 請負契約書(写) <input type="checkbox"/> 確認申請書(写) <input type="checkbox"/> 設計図書等一式 <input type="checkbox"/> 建設住宅性能評価引受書(写) <input type="checkbox"/> 地盤調査報告書等 <input type="checkbox"/> 地盤補強工事完了報告書 <input type="checkbox"/> 設計施工基準第3条確認書		

受付内容	特定団体		事務機関名	
	保険募集人	氏名 No.	保険募集人	氏名 No.
	地盤保証制度番号()	住宅完成保証制度番号()	特定団体	事務機関