

別紙 4

業務品質評価運営 申込書兼同意書 (案)

一般社団法人生命保険協会 殿

20 年 月 日

○当社は、申込みにあたり下記 1～4 項について確認し、業務品質評価運営の利用を申し込むとともに、業務品質の評価を貴会に委任いたします。

記

1. 業務品質評価運営に関する報告や資料の提出にあたっては、虚偽なく報告および提出いたします。
2. 現在および将来において、「反社会的勢力」^{※1} に所属または該当せず、また、「反社会的勢力」との間に社会的に非難されるべき関係等^{※2} を有しません。
3. 「代理店業務品質評価運営要領」^{※3} の「V.1.運営を申込むにあたって同意いただく事項」に記載の事項に同意し、かつこれら事項を遵守します。
4. 「業務品質評価基準」の「基本項目」につき、自社がすべて達成できていることを確認しました。^{※4}

代理店名： _____

代表者名： _____

- ※1：代理店及び代理店の役員並びに代理店業務に従事する者が、暴力団、暴力団員、暴力団員でなくなった時から 5 年を経過しない者、暴力団準構成員、暴力団関係企業、総会屋、社会運動等標ぼうゴロ、特殊知能暴力集団又はその他これらに準ずる者
- ※2：反社会的勢力に対して資金を提供または便宜を供与する、あるいは反社会的勢力を不当に利用している等の社会的に非難されるべき関係、またはそれには該当しないものの、反社会的勢力であると認識しながら飲食を共にする等の何らかの不適切な関係
- ※3：「代理店業務品質評価運営要領」の掲載先は以下の通り。(https://.....)
- ※4：業務品質評価基準掲載先は以下の通り。(https://.....)

○自社の情報について、以下の通り報告いたします。^{※5}

フリガナ			
代理店名称			
所在地 (登記上の本店所在地)			
代表電話番号			
フリガナ			
代表者氏名			
代表者役職			
代理店登録番号(13桁)			
資本金	万円	設立年(西暦)	年
委託元生命保険会社数	社	事務所数	店舗
生保年間新契約件数 ^{※6}	<input type="checkbox"/> 500 件以下 <input type="checkbox"/> 1,000 件以下 <input type="checkbox"/> 5,000 件以下 <input type="checkbox"/> 8,000 件以下		

第 22 回 代理店業務品質のあり方等に関するスタディーグループ

		<input type="checkbox"/> 10,000 件以下 <input type="checkbox"/> 15,000 件以下 <input type="checkbox"/> 30,000 件以下 <input type="checkbox"/> 50,000 件以下 <input type="checkbox"/> 100,000 件以下 <input type="checkbox"/> 100,000 件超	
営業スタイル ^{※7}		<input type="checkbox"/> 来店型 <input type="checkbox"/> 訪問型 <input type="checkbox"/> その他 () 上記のうち、主となる営業スタイル ()	
主要顧客	個人 () 割 : 法人 () 割	損保代理店業の有無	有 ・ 無
兼業有無 ^{※8}	有 ・ 無		
兼業の場合、右記 を選択ください ^{※8}	<input type="checkbox"/> 金融業 <input type="checkbox"/> 経営コンサルタント <input type="checkbox"/> 士業(公認会計士/税理士/司法書士等) <input type="checkbox"/> 飲食店 <input type="checkbox"/> 不動産業 <input type="checkbox"/> 運輸・通信業 <input type="checkbox"/> 製造業 <input type="checkbox"/> 建築・建設業 <input type="checkbox"/> その他()		
業務管理責任者		業務品質評価運営の窓口担当者	
		左記同様の場合は右にチェック <input type="checkbox"/>	
フリガナ		フリガナ	
氏名		氏名	
部署・役職名		部署・役職名	
電話番号		電話番号	
e-mail		e-mail	

※ 5 : 2022/3/31 時点の情報を記載願います。

※ 6 : 新契約が成立した件数を選択願います。

※ 7 : 該当するものに全てチェックいただいたうえで、主となる営業スタイルを記載願います。

※ 8 : 保険業が主となる場合は、記載いただかなくて構いません。

○2022/3/31 時点で、委託元生命保険会社は以下の通りです。^{※9}

※ 9 : 2022/3/31 時点で委託関係にある生命保険会社をすべてチェック願います (敬称略・イロハ順)

<input type="checkbox"/> イオン・アリアンツ生命保険株式会社	<input type="checkbox"/> 富国生命保険相互会社
<input type="checkbox"/> はなさく生命保険株式会社	<input type="checkbox"/> フコクしんらい生命保険株式会社
<input type="checkbox"/> 日本生命保険相互会社	<input type="checkbox"/> プルデンシャル生命保険株式会社
<input type="checkbox"/> ニッセイ・ウェルス生命保険株式会社	<input type="checkbox"/> プルデンシャル ジブラルタ ファイナンシャル生命保険株式会社
<input type="checkbox"/> 東京海上日動あんしん生命保険株式会社	<input type="checkbox"/> エヌエヌ生命保険株式会社
<input type="checkbox"/> チューリッヒ生命保険株式会社	<input type="checkbox"/> FWD生命保険株式会社
<input type="checkbox"/> カーディフ生命保険株式会社	<input type="checkbox"/> S B I 生命保険株式会社
<input type="checkbox"/> 太陽生命保険株式会社	<input type="checkbox"/> T & Dフィナンシャル生命保険株式会社
<input type="checkbox"/> 大樹生命保険株式会社	<input type="checkbox"/> アクサ生命保険株式会社
<input type="checkbox"/> 第一生命保険株式会社	<input type="checkbox"/> アクサダイレクト生命保険株式会社
<input type="checkbox"/> 第一フロンティア生命保険株式会社	<input type="checkbox"/> アフラック生命保険株式会社
<input type="checkbox"/> 大同生命保険株式会社	<input type="checkbox"/> 朝日生命保険相互会社
<input type="checkbox"/> ソニー生命保険株式会社	<input type="checkbox"/> 明治安田生命保険相互会社
<input type="checkbox"/> S O M P O ひまわり生命保険株式会社	<input type="checkbox"/> メットライフ生命保険株式会社
<input type="checkbox"/> ネオファースト生命保険株式会社	<input type="checkbox"/> メディケア生命保険株式会社
<input type="checkbox"/> なないろ生命保険株式会社	<input type="checkbox"/> みどり生命保険株式会社
<input type="checkbox"/> ライフネット生命保険株式会社	<input type="checkbox"/> 三井住友海上プライマリー生命保険株式会社
<input type="checkbox"/> 楽天生命保険 株式会社	<input type="checkbox"/> 三井住友海上あいおい生命保険株式会社
<input type="checkbox"/> オリックス生命保険株式会社	<input type="checkbox"/> ジブラルタ生命保険株式会社
<input type="checkbox"/> クレディ・アグリコル生命保険株式会社	<input type="checkbox"/> 住友生命保険相互会社
<input type="checkbox"/> マニユライフ生命保険株式会社	<input type="checkbox"/> 株式会社かんぼ生命保険

以上

【個人情報の利用目的について】

本書類に付記いただいた個人情報は、業務品質評価運営に必要な場合において、連絡・確認のため利用いたします。また、その他の一般社団法人生命保険協会における個人情報の取扱いについては、一般社団法人生命保険協会が定める個人情報保護方針および諸規程に基づき、適切に取り扱うものとします。

(<https://www.seiho.or.jp/personal/>)

【記入上の注意事項】

- ① 日付 : 本書類の記入日を記入してください。
- ② 代理店名称 : 代理店の登記上の正式商号を省略せずに正確に記入してください。公表対象となった代理店については、ご記入いただいた代理店名、代表者役職、代表者氏名、及び登記上の住所を当協会 HP へ公表いたします。カタカナで振り仮名をふってください。
- ③ 所在地 : 代理店の登記上の本店の所在地を省略せずに正確に記入してください。なお、現在の営業上の所在地であるかについては問いません。
- ④ 代表者氏名 : 代理店の代表取締役社長、会長等の、代表権を持つ者の役職及び氏名を記入してください。カタカナで振り仮名をふってください。
- ⑤ 代理店登録番号 : 13 桁の代理店登録番号をご記入ください。
- ⑥ 業務管理責任者 : 氏名、部署、役職名、電話番号、勤務先の e-mail アドレスを記入してください。氏名については、カタカナで振り仮名をふってください。勤務先の e-mail アドレスがない場合は「なし」と記入してください。
- ⑦ 業務品質評価運営の窓口担当者 : 氏名、部署、役職名、電話番号、勤務先の e-mail アドレスを記入してください。氏名については、カタカナで振り仮名をふってください。勤務先の e-mail アドレスがない場合は「なし」と記入してください。