

グループパック（生命保険コース） 申込書兼告知書

大樹生命提出用

異動コード 59000 団体番号 007357-1

保険契約者（団体名） アルプスアルパイン株式会社

結合番号

事業所番号 *****

所属番号

被保険者（社員）番号

申込締切日 年 月 日 申込日 年 月 日

加入日 年 月 日 (告知日) 必ずご記入ください

申込区分・保険金額を以下のとおりご記入のうえ押印ください。

① 変更 → 金額変更のときは ① と保険金額に○印のうえ押印

② 脱退 → 脱退のときは ② に○印のうえ押印

③ 新規加入 → 新規加入のときは ③ と保険金額に○印のうえ押印

④ 同額継続 → 前年と同額で継続するときは ④ に○印のうえ押印

ご本人・ご家族に「内容を変更して加入する方」、「脱退する方」、「新規加入する方」がある場合は、該当箇所に記入・押印のうえ、ご提出ください。

ご家族全員が前年と同条件であれば、自動継続となりますので、改めて本申込書兼告知書のご提出は不要です。

私は裏面「被保険者同意事項」を確認し、また、告知欄の内容が事実と相違ないことを誓約のうえ、この保険契約への加入を申し込みます。

※加入資格を有しない方は、ご契約への加入・継続はできません。

※子どもを加入させる場合は、加入資格のある子ども全員を同一の金額で加入させてください。

受取人続柄…1：配偶者 2：子ども 3：父母 4：祖父母 5：兄弟姉妹 6：家主 7：その他

家族区分	被保険者名	被保険者押印欄	追加告知	性別	生年月日	団体定期保険		死亡保険金受取人名 (指定がない場合は約款順位となります)	続柄	受取人数	現在のご加入内容
						申込区分	保険金額				
本人	フリガナを記入してください	印	①	① 女	昭和 平成 年 月 日	① 変更 ② 脱退 ③ 新規加入 ④ 同額継続	5000 3000 1500 500 4500 2500 1250 250 4000 2000 1000 100 3500 1750 750 万円	フリガナを記入してください	カナ	169 170 171	保険金額 万円 月額保険料 円
	漢字										
配偶者	フリガナを記入してください	印	①	① 女	昭和 平成 年 月 日	① 変更 ② 脱退 ③ 新規加入 ④ 同額継続	1000 250 750 100 500 万円	フリガナを記入してください	カナ	237 238 239	保険金額 万円 月額保険料 円
	漢字										
子ども1	フリガナを記入してください	印	①	① 女	平成 令和 年 月 日	① 変更 ② 脱退 ③ 新規加入 ④ 同額継続	250 100 万円	フリガナを記入してください	カナ	305 306 307	保険金額 万円 月額保険料 円
	漢字										
子ども2	フリガナを記入してください	印	①	① 女	平成 令和 年 月 日	① 変更 ② 脱退 ③ 新規加入 ④ 同額継続	250 100 万円	フリガナを記入してください	カナ	373 374 375	保険金額 万円 月額保険料 円
	漢字										
子ども3	フリガナを記入してください	印	①	① 女	平成 令和 年 月 日	① 変更 ② 脱退 ③ 新規加入 ④ 同額継続	250 100 万円	フリガナを記入してください	カナ	441 442 443	保険金額 万円 月額保険料 円
	漢字										

4 新規加入・増額（配偶者・子どもを含む）の方で、告知事項1. 2. 3. にひとつでも該当するときは、追加告知欄に○印をつけ、別紙被保険者告知書に詳細をご記入のうえ提出してください。

私は告知事項1. 2. 3. のいずれにも該当しません。該当する場合は追加告知欄に記入します。

告知事項

1. 告知日から過去3ヵ月以内に、医師・歯科医師の治療（指示・指導を含む）・薬の処方を受けたことがある。（※虫歯は除く）

2. 告知日から過去1年以内に、病気やけがで手術を受けたこと、または継続して2週間以上の入院をしたことがある。（※検査入院、内視鏡手術、レーザー治療、ファイバースコープ・カテーテル術を含み、正常分娩・人工妊娠中絶・虫垂炎手術・虫歯は除く）

3. 告知日から過去1年以内に、病気やけがで2週間以上の期間にわたる医師・歯科医師の治療（指示・指導を含む）、あるいは2週間分以上の薬の処方を受けたことがある。（※検査入院、内視鏡手術、レーザー治療、ファイバースコープ・カテーテル術を含み、正常分娩・人工妊娠中絶・虫垂炎手術・虫歯は除く）

受取人を複数指定する場合は、最寄りのA F Sへお問合せください

裏面「被保険者同意事項」を必ずお読みいただき、内容を確認・ご了解のうえお申し込みください。

※告知内容が事実と相違している場合、ご契約の継続や保険金のお支払いができないことがありますので、告知事項は被保険者ご自身がご確認ください。

保険会社 大樹生命 444 453

被保険者同意事項

新規加入・増額のお申し込み手続きにあたっては、次の「被保険者同意事項」を必ずお読みいただき、内容をご確認・ご了解のうえお申し込みください。

- ・本帳票の記載内容は事実と相違ないことを誓約します。
- ・通知・配布された説明資料（以下、「説明資料」）により、保障内容等が意向に沿っていることを確認しました。
- ・説明資料により契約内容および告知に関する重要事項や注意喚起情報等を確認し同意します。
- ・個人情報の取扱いについて説明資料の記載内容を指定受取人とともに確認し同意します。
- ・死亡保険金請求の際、死亡保険金受取人が指定されていなかったときは、保険約款で定めるところの配偶者、子（子が死亡している場合には、その直系卑属）、父母、祖父母、兄弟姉妹の順位指定があったものとして取扱われることを承知し同意します。