

加入申込票兼健康状況告知書のご記入要領 (団体総合生活補償保険)

※フリクションペンでの記入は不可です。黒のボールペンで記入願います。

記入した日をご記入ください。

申込人の氏名をカタカナでご記入いただき、その下に漢字フルネームでご署名ください。

電話番号/郵便番号/住所/生年月日/社員番号をご記入ください。(所属名/所属コードは任意でご記入ください。)

【告知のご記入に際して】
ご記入前に必ずお読みください

- 告知質問に当てはまる場合は、症状が軽度でも告知が必要です。
- 疾病・症状名が判明しない場合も、疾病・症状名が判明するまではお引受を見合わせさせていただきます。

MS&AD 三井住友海上 団体総合生活補償保険加入申込票 兼 健康状況告知書 (標準型以外) (複数名型)

※印の項目は、ご契約に際して引換保険会社が必ずおこなう事項 (告知事項) です。事実と相違する場合は、ご契約を解除し、保険金をお支払いできないことがありますので、十分にご確認のうえご回答 (記入) ください。

(ご記入にあたって)

- 年令は保険始期日時点の年令をご記入ください。(保険期間 中途で加入される場合も、中途加入日時点ではなく、団体契約の開始日時点の年令をご記入ください。)
- 職種コードは裏面をご参照ください。
- 職業名・職種名はカナで記入し、漢字を含めて20文字以内の記入をできません。裏面の職種コード一覧も参照のうえ、20文字以内で記入ください。(これまでご加入契約が20文字以内で済んでいた場合は、ご加入の際の住所と同じ場合、「申込」欄「住所」欄に「○」印をしてください。)
- 被保険者住所が申込人 (加入者) の住所と同じ場合、「申込」欄「住所」欄に「○」印をしてください。

加入申込日 令和 4 年 7 月 20 日 電話番号 03 - 5281 - XXXX

郵便番号 101-8011 東京都千代田区神田駿河台 3-9

加入者 (加入者) 氏名 フルネームでご署名ください。 三住 自太郎 生年月日 天正 50 年 6 月 15 日 所属名カナ ソウムブ 所属コード AAA11 社員番号 12345678

加入セット選択欄

基本セット (必須)	オプション				
A2	Q	S	U		
1	1	1	1		

被保険者ご本人

1	2	3
氏名 カナ ミツシミ タロウ 漢字 三住 太郎 生年月日 天正 50 年 6 月 15 日 満 47 才 性別 男 住所 カナ ミツシミ ハナコ 漢字 三住 花子 生年月日 天正 54 年 8 月 15 日 満 43 才 性別 女	氏名 カナ ミツシミ ハナコ 漢字 三住 花子 生年月日 天正 54 年 8 月 15 日 満 43 才 性別 女	氏名 カナ ミツシミ タロウ 漢字 三住 太郎 生年月日 天正 50 年 6 月 15 日 満 47 才 性別 男

親権者 三住 太郎

備考欄

加入される全被保険者の保険料の合計を記入してください。

V9290 2×1×10,000 2021.7(條) (61)77

加入者と住所が同一の場合は『申込人住所と同じ』に○印をします。加入者と住所が異なる場合、右の欄に被保険者住所をカタカナでご記入ください。

補償の対象となる方 (被保険者) の氏名 (カタカナ必須) / 生年月日/年令/性別をご記入ください。年令は2022年9月1日時点の満年令をご記入ください。(申込人ご自身が被保険者となる場合も含め、被保険者の名前全員分をご記入ください。)

被保険者と団体との関係を申込票下部「◆団体との関係」より選んでご記入ください。

裏面の職種コード一覧を参考に職業名・職種名 (カタカナ) / 職種コードをご記入ください。

【記入任意】
当該保険契約の保険始期/保険終期を記入します。

加入者番号 1 2 3 4 5 6 7 8

保険期間 令和 4 年 9 月 1 日から 令和 5 年 9 月 1 日まで

必ず被保険者ご本人が、加入申込票裏面の質問の回答をご記入ください。

・「はい」「いいえ」のどちらかに○印をつけてください。「はい」の方は、裏面の疾病・症状一覧表でご確認のうえ、『疾病コード欄』にご記入ください。

・1つでも「はい」に該当する場合、裏面の疾病・症状一覧表でご確認のうえ、『疾病コード欄』にご記入ください。

※裏面の疾病・症状一覧に該当するものが無い場合は、『疾病・病状名 (カナ)』にご記入ください。

告知をした被保険者本人がご署名ください。告知日は和暦年月日でご記入ください。

告知時における被保険者の年令が満15才未満の場合には、親権者が確認、親権者氏名をご署名ください。(親権者:○○○○(親権者氏名))

他の保険契約・保険金請求歴につき、全被保険者分をご確認いただき、回答が「あり」の場合、「あり」に○のうえ、被保険者ごとに回答欄に内容をご記入ください。 ※死亡・後遺障害保険金額は千円位を切り上げ、万円単位でご記入ください。

・ご年令によって保険料が異なります。パンフレットでご確認ください。

・ご希望のセット名をご記入ください。

※口数は必ず「1」口でご記入ください。

訂正される場合は、被保険者本人が訂正箇所を二重線で消して正しい内容をご記入のうえ、訂正箇所付近に訂正署名をしてください。

※署名は被保険者ご自身 (満15才未満の場合は親権者) がフルネームでご署名ください。