

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〉

(注)個賠型を含みます。

RC59 03 88 LF 354 ④

※印の項目は、ご契約に際して引受保険会社がわざわざする特に重要な事項(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)

- 1. ◎年令は保険始期日時時点の年令をご記入ください。(保険期間の途中で加入される場合も、中途加入日時点ではなく、団体契約の保険始期日時時点の年令をご記入ください。)
2. 職種コードは裏面をご参照ください。
3. 職業名・職種名はカナで濁点・半濁点を含めて20文字超の登録はできません。裏面の職種コード一覧も参照のうえ、20文字以内でご記入ください。(これまでのご加入契約で20文字超でご記入されている方は、20文字以内でご記入ください。)
4. 被保険者住所が申込人(加入者)の住所と同じ場合、「申込人住所と同じ」に、○印をしてください。

代表証券番号

申込人(加入者) 加入申込日 010 令和R年 月 日 011 電話番号 012 郵便番号 317 カナ 住所 013 漢字 014 カナ 氏名 015 フルネームでご署名ください。(漢字) 016 自署 017 生年月日 (天正)T (昭和)S (平成)H (令和)R 018 所属名カナ 019 所属コード 017 社員番号

098 加入者番号

保険期間 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで

前年加入内容を変更する場合記入(脱退を含む)

L17 前契約加入者識別コード

099 前契約加入者番号

疾病を補償するセットに新たに加入する場合、または、疾病補償について保険責任を加重(保険金額の増額、特約追加など)する場合は、裏面または別紙の質問事項につき正確にご回答ください。

(注1)三井住友海上火災保険株式会社 宛 裏面または別紙の健康状況告知書質問事項に対する下記回答は事実と相違ありません。告知内容が事実と相違していた場合、保険契約を解除され保険金の支払いを受けられないことがあることに同意します。また、個人情報取扱に同意します。健康状況告知書ご記入のご案内を受け取り、内容を理解しました。

※ご加入される方について下欄にご記入ください。 (申し込も) ※ご加入される方について下欄にご記入ください。(申し込まない)

390 符号 被保険者ご本人 (注2)介護一時金支払特約付のセットに加入される場合、介護一時金支払特約の特約被保険者は、本欄記載の方となります。(注3)被保険者の住所・氏名が申込人(加入者)と異なる場合は、住所はカナで、氏名はカナ・漢字の両方を必ずご記入ください。

1 住所 申込人住所と同じ H41 カナ 014 カナ 015 漢字 576 職業名・職種名カナ 323 ※生年月日 (天正)T (昭和)S (平成)H (令和)R 303 ※年令 302 ※性別 (男)1 (女)2

2 住所 申込人住所と同じ H41 カナ 014 カナ 015 漢字 576 職業名・職種名カナ 323 ※生年月日 (天正)T (昭和)S (平成)H (令和)R 303 ※年令 302 ※性別 (男)1 (女)2

3 住所 申込人住所と同じ H41 カナ 014 カナ 015 漢字 576 職業名・職種名カナ 323 ※生年月日 (天正)T (昭和)S (平成)H (令和)R 303 ※年令 302 ※性別 (男)1 (女)2

加入セット選択欄

基本セット (必選択) オプション 1 2 3 4 5 300 セット名(3桁以内の英数字) 572 口数

基本セット (必選択) オプション 1 2 3 4 5 300 セット名(3桁以内の英数字) 572 口数

基本セット (必選択) オプション 1 2 3 4 5 300 セット名(3桁以内の英数字) 572 口数

健康状況告知書質問事項回答欄 (お引受可)

質問1 質問2 質問3 該当疾病 5A1 特定疾病対象外欄(お引受可) 506 疾病コード 507 疾病・症状名カナ(R0の場合のみ記入)

告知者ご署名欄(注1) (注1)をご確認のうえ、必ず被保険者ご本人がフルネームでご署名ください。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、親権者のうちいずれかの方が署名してください。 LW8 告知日 令和R年 月 日 自署

質問1 質問2 質問3 該当疾病 5A1 特定疾病対象外欄(お引受可) 506 疾病コード 507 疾病・症状名カナ(R0の場合のみ記入)

告知者ご署名欄(注1) (注1)をご確認のうえ、必ず被保険者ご本人がフルネームでご署名ください。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、親権者のうちいずれかの方が署名してください。 LW8 告知日 令和R年 月 日 自署

質問1 質問2 質問3 該当疾病 5A1 特定疾病対象外欄(お引受可) 506 疾病コード 507 疾病・症状名カナ(R0の場合のみ記入)

告知者ご署名欄(注1) (注1)をご確認のうえ、必ず被保険者ご本人がフルネームでご署名ください。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、親権者のうちいずれかの方が署名してください。 LW8 告知日 令和R年 月 日 自署

その他の項目(被保険者項目のみ記入可)

項目No. 内容

項目No. 内容

項目No. 内容

※他の保険契約等 被保険者氏名 傷害保険 賠償金額 傷害補償 保険金目録 疾病入院 保険金目録 疾病通院 保険金目録 賠償支払総額・保険金目録

保険金請求履歴(注)他の保険会社等への保険金請求を含みます。 過去3年以内に病気・ケガまたは事故で保険金(合計して5万円以上)を請求または受領したことがありますか。 (あり)

◆団体との関係 下記該当の数字(いずれか1つ)をご記入ください。 団体の 1:構成員(子会社・関連会社の構成員、退職者を含む) 0:会員企業等の役員・従業員 上記「1」または「0」の 2:配偶者 3:子ども 4:両親 5:兄弟姉妹 6:同居の親族 7:使用人

331 特記事項カナ

R50 合計保険料(分割払の場合は1回分) 円 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。 受付日(社内使用欄) 令和 年 月 日

令和1年10月1日以降始期契約に使用

