

丸紅グループ親介護費用補償特約セット団体総合保険 加入依頼書兼健康状態に関する告知書

丸紅株式会社 御中
損害保険ジャパン株式会社 宛

本告知事項は、私から記入したものであり、事実と相違ありません。事実と相違していた場合は、ご契約が解除となったり、保険金の支払いを受けられなくなったりも御座を申し立てません。また、「健康状態に関する告知にあたってご注意いただきたい」との内容について確認同意し、ならびに告知書の告知者控の裏面に記載の「告知書の個人情報の取扱いに関する事項」を確認し、損保ジャパンが必要な範囲において個人情報取得・利用・提供することに、申込人(加入者)、告知者(親介護費用保険金受取人(被保険者))、補償の対象者とも同意します。

加入者および被保険者等は 募集文書または損保ジャパン
公式ウェブサイト(https://www.sompo-japan.co.jp/)に
掲載の個人情報の取扱いに同意します。

【重要】★の項目は「告知事項」です。事実と異なる内容を記載した場合や事実を記載しなかった場合には、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。
(ご注意ください)。訂正をする場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、抹消線に重ねて告知者の訂正署名または訂正印が必要となります。修正液や重ね書きでの訂正はできません。

申込日	年 月 日	加入者住所・氏名、親介護保険金受取人(被保険者)・補償の対象者氏名のフリガナは必ずご記入ください。	
住所	〒	番	号
	フリガナ		
氏名	フリガナ		
	漢字		
性別	(1)男 (2)女	生年月日	(2)大 (3)昭 (4)平 年 月 日

所属コード	明細整理番号 1
職員番号	明細整理番号 2
会社名	明細整理番号 3
個別番号	明細整理番号 4
部課名	明細整理番号 5

証券番号	
保険期間	年 月 1 日から 年 8 月 1 日まで

・告知していただいた内容のご確認のため、本書面をコピーのうえ保管してください。
・告知していただいた内容をご確認される場合は、損保ジャパンまでご連絡ください。

加入者合計保険料(シート計) ※分割払は1回分	千 円
----------------------------	-----

子供	親介護保険金受取人(被保険者)	親	補償の対象者																																												
1	<table border="1"> <tr> <td>氏名</td> <td>フリガナ</td> <td colspan="2">★告知書の署名を兼ねておりますので、被保険者ご自身でご記入ください。</td> </tr> <tr> <td>漢字</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>性別</td> <td>(1)男 (2)女</td> <td>生年月日</td> <td>(3)昭 (4)平 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>加入者との関係</td> <td colspan="3">(1)本人 (2)配偶者 (3)子供 (4)親 (5)兄弟姉妹 (6)その他同居親族 (7)役員員・その家族</td> </tr> </table>	氏名	フリガナ	★告知書の署名を兼ねておりますので、被保険者ご自身でご記入ください。		漢字				性別	(1)男 (2)女	生年月日	(3)昭 (4)平 年 月 日	加入者との関係	(1)本人 (2)配偶者 (3)子供 (4)親 (5)兄弟姉妹 (6)その他同居親族 (7)役員員・その家族			<table border="1"> <tr> <td>氏名</td> <td>フリガナ</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>漢字</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>性別</td> <td>(1)男 (2)女</td> <td>生年月日</td> <td>(3)昭 (4)平 年 月 日 歳</td> </tr> </table>	氏名	フリガナ			漢字				性別	(1)男 (2)女	生年月日	(3)昭 (4)平 年 月 日 歳	<table border="1"> <tr> <td>加入タイプ</td> <td>保険金額</td> <td>月額保険料 (保険始期日時点の 満年齢によります。)</td> <td>★告知日</td> <td>★健康状態告知</td> </tr> <tr> <td>(1) K1</td> <td>100万円</td> <td rowspan="4">円</td> <td rowspan="4">令和 年 月 日</td> <td rowspan="4">すべて 該当なし</td> </tr> <tr> <td>(2) K3</td> <td>300万円</td> </tr> <tr> <td>(3) K5</td> <td>500万円</td> </tr> <tr> <td>(4) K10</td> <td>1,000万円</td> </tr> </table>	加入タイプ	保険金額	月額保険料 (保険始期日時点の 満年齢によります。)	★告知日	★健康状態告知	(1) K1	100万円	円	令和 年 月 日	すべて 該当なし	(2) K3	300万円	(3) K5	500万円	(4) K10	1,000万円
氏名	フリガナ	★告知書の署名を兼ねておりますので、被保険者ご自身でご記入ください。																																													
漢字																																															
性別	(1)男 (2)女	生年月日	(3)昭 (4)平 年 月 日																																												
加入者との関係	(1)本人 (2)配偶者 (3)子供 (4)親 (5)兄弟姉妹 (6)その他同居親族 (7)役員員・その家族																																														
氏名	フリガナ																																														
漢字																																															
性別	(1)男 (2)女	生年月日	(3)昭 (4)平 年 月 日 歳																																												
加入タイプ	保険金額	月額保険料 (保険始期日時点の 満年齢によります。)	★告知日	★健康状態告知																																											
(1) K1	100万円	円	令和 年 月 日	すべて 該当なし																																											
(2) K3	300万円																																														
(3) K5	500万円																																														
(4) K10	1,000万円																																														
2	<table border="1"> <tr> <td>氏名</td> <td>フリガナ</td> <td colspan="2">★告知書の署名を兼ねておりますので、被保険者ご自身でご記入ください。</td> </tr> <tr> <td>漢字</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>性別</td> <td>(1)男 (2)女</td> <td>生年月日</td> <td>(3)昭 (4)平 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>加入者との関係</td> <td colspan="3">(1)本人 (2)配偶者 (3)子供 (4)親 (5)兄弟姉妹 (6)その他同居親族 (7)役員員・その家族</td> </tr> </table>	氏名	フリガナ	★告知書の署名を兼ねておりますので、被保険者ご自身でご記入ください。		漢字				性別	(1)男 (2)女	生年月日	(3)昭 (4)平 年 月 日	加入者との関係	(1)本人 (2)配偶者 (3)子供 (4)親 (5)兄弟姉妹 (6)その他同居親族 (7)役員員・その家族			<table border="1"> <tr> <td>氏名</td> <td>フリガナ</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>漢字</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>性別</td> <td>(1)男 (2)女</td> <td>生年月日</td> <td>(3)昭 (4)平 年 月 日 歳</td> </tr> </table>	氏名	フリガナ			漢字				性別	(1)男 (2)女	生年月日	(3)昭 (4)平 年 月 日 歳	<table border="1"> <tr> <td>加入タイプ</td> <td>保険金額</td> <td>月額保険料 (保険始期日時点の 満年齢によります。)</td> <td>★告知日</td> <td>★健康状態告知</td> </tr> <tr> <td>(1) K1</td> <td>100万円</td> <td rowspan="4">円</td> <td rowspan="4">令和 年 月 日</td> <td rowspan="4">すべて 該当なし</td> </tr> <tr> <td>(2) K3</td> <td>300万円</td> </tr> <tr> <td>(3) K5</td> <td>500万円</td> </tr> <tr> <td>(4) K10</td> <td>1,000万円</td> </tr> </table>	加入タイプ	保険金額	月額保険料 (保険始期日時点の 満年齢によります。)	★告知日	★健康状態告知	(1) K1	100万円	円	令和 年 月 日	すべて 該当なし	(2) K3	300万円	(3) K5	500万円	(4) K10	1,000万円
氏名	フリガナ	★告知書の署名を兼ねておりますので、被保険者ご自身でご記入ください。																																													
漢字																																															
性別	(1)男 (2)女	生年月日	(3)昭 (4)平 年 月 日																																												
加入者との関係	(1)本人 (2)配偶者 (3)子供 (4)親 (5)兄弟姉妹 (6)その他同居親族 (7)役員員・その家族																																														
氏名	フリガナ																																														
漢字																																															
性別	(1)男 (2)女	生年月日	(3)昭 (4)平 年 月 日 歳																																												
加入タイプ	保険金額	月額保険料 (保険始期日時点の 満年齢によります。)	★告知日	★健康状態告知																																											
(1) K1	100万円	円	令和 年 月 日	すべて 該当なし																																											
(2) K3	300万円																																														
(3) K5	500万円																																														
(4) K10	1,000万円																																														
3	<table border="1"> <tr> <td>氏名</td> <td>フリガナ</td> <td colspan="2">★告知書の署名を兼ねておりますので、被保険者ご自身でご記入ください。</td> </tr> <tr> <td>漢字</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>性別</td> <td>(1)男 (2)女</td> <td>生年月日</td> <td>(3)昭 (4)平 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>加入者との関係</td> <td colspan="3">(1)本人 (2)配偶者 (3)子供 (4)親 (5)兄弟姉妹 (6)その他同居親族 (7)役員員・その家族</td> </tr> </table>	氏名	フリガナ	★告知書の署名を兼ねておりますので、被保険者ご自身でご記入ください。		漢字				性別	(1)男 (2)女	生年月日	(3)昭 (4)平 年 月 日	加入者との関係	(1)本人 (2)配偶者 (3)子供 (4)親 (5)兄弟姉妹 (6)その他同居親族 (7)役員員・その家族			<table border="1"> <tr> <td>氏名</td> <td>フリガナ</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>漢字</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>性別</td> <td>(1)男 (2)女</td> <td>生年月日</td> <td>(3)昭 (4)平 年 月 日 歳</td> </tr> </table>	氏名	フリガナ			漢字				性別	(1)男 (2)女	生年月日	(3)昭 (4)平 年 月 日 歳	<table border="1"> <tr> <td>加入タイプ</td> <td>保険金額</td> <td>月額保険料 (保険始期日時点の 満年齢によります。)</td> <td>★告知日</td> <td>★健康状態告知</td> </tr> <tr> <td>(1) K1</td> <td>100万円</td> <td rowspan="4">円</td> <td rowspan="4">令和 年 月 日</td> <td rowspan="4">すべて 該当なし</td> </tr> <tr> <td>(2) K3</td> <td>300万円</td> </tr> <tr> <td>(3) K5</td> <td>500万円</td> </tr> <tr> <td>(4) K10</td> <td>1,000万円</td> </tr> </table>	加入タイプ	保険金額	月額保険料 (保険始期日時点の 満年齢によります。)	★告知日	★健康状態告知	(1) K1	100万円	円	令和 年 月 日	すべて 該当なし	(2) K3	300万円	(3) K5	500万円	(4) K10	1,000万円
氏名	フリガナ	★告知書の署名を兼ねておりますので、被保険者ご自身でご記入ください。																																													
漢字																																															
性別	(1)男 (2)女	生年月日	(3)昭 (4)平 年 月 日																																												
加入者との関係	(1)本人 (2)配偶者 (3)子供 (4)親 (5)兄弟姉妹 (6)その他同居親族 (7)役員員・その家族																																														
氏名	フリガナ																																														
漢字																																															
性別	(1)男 (2)女	生年月日	(3)昭 (4)平 年 月 日 歳																																												
加入タイプ	保険金額	月額保険料 (保険始期日時点の 満年齢によります。)	★告知日	★健康状態告知																																											
(1) K1	100万円	円	令和 年 月 日	すべて 該当なし																																											
(2) K3	300万円																																														
(3) K5	500万円																																														
(4) K10	1,000万円																																														
4	<table border="1"> <tr> <td>氏名</td> <td>フリガナ</td> <td colspan="2">★告知書の署名を兼ねておりますので、被保険者ご自身でご記入ください。</td> </tr> <tr> <td>漢字</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>性別</td> <td>(1)男 (2)女</td> <td>生年月日</td> <td>(3)昭 (4)平 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>加入者との関係</td> <td colspan="3">(1)本人 (2)配偶者 (3)子供 (4)親 (5)兄弟姉妹 (6)その他同居親族 (7)役員員・その家族</td> </tr> </table>	氏名	フリガナ	★告知書の署名を兼ねておりますので、被保険者ご自身でご記入ください。		漢字				性別	(1)男 (2)女	生年月日	(3)昭 (4)平 年 月 日	加入者との関係	(1)本人 (2)配偶者 (3)子供 (4)親 (5)兄弟姉妹 (6)その他同居親族 (7)役員員・その家族			<table border="1"> <tr> <td>氏名</td> <td>フリガナ</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>漢字</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>性別</td> <td>(1)男 (2)女</td> <td>生年月日</td> <td>(3)昭 (4)平 年 月 日 歳</td> </tr> </table>	氏名	フリガナ			漢字				性別	(1)男 (2)女	生年月日	(3)昭 (4)平 年 月 日 歳	<table border="1"> <tr> <td>加入タイプ</td> <td>保険金額</td> <td>月額保険料 (保険始期日時点の 満年齢によります。)</td> <td>★告知日</td> <td>★健康状態告知</td> </tr> <tr> <td>(1) K1</td> <td>100万円</td> <td rowspan="4">円</td> <td rowspan="4">令和 年 月 日</td> <td rowspan="4">すべて 該当なし</td> </tr> <tr> <td>(2) K3</td> <td>300万円</td> </tr> <tr> <td>(3) K5</td> <td>500万円</td> </tr> <tr> <td>(4) K10</td> <td>1,000万円</td> </tr> </table>	加入タイプ	保険金額	月額保険料 (保険始期日時点の 満年齢によります。)	★告知日	★健康状態告知	(1) K1	100万円	円	令和 年 月 日	すべて 該当なし	(2) K3	300万円	(3) K5	500万円	(4) K10	1,000万円
氏名	フリガナ	★告知書の署名を兼ねておりますので、被保険者ご自身でご記入ください。																																													
漢字																																															
性別	(1)男 (2)女	生年月日	(3)昭 (4)平 年 月 日																																												
加入者との関係	(1)本人 (2)配偶者 (3)子供 (4)親 (5)兄弟姉妹 (6)その他同居親族 (7)役員員・その家族																																														
氏名	フリガナ																																														
漢字																																															
性別	(1)男 (2)女	生年月日	(3)昭 (4)平 年 月 日 歳																																												
加入タイプ	保険金額	月額保険料 (保険始期日時点の 満年齢によります。)	★告知日	★健康状態告知																																											
(1) K1	100万円	円	令和 年 月 日	すべて 該当なし																																											
(2) K3	300万円																																														
(3) K5	500万円																																														
(4) K10	1,000万円																																														

★他の保険契約等または共済契約がありますか。

※他の保険契約または共済契約とは、この保険の全部または一部に対して支払責任が同じである他の保険契約または共済契約をいいます。

(9)別紙

●告知書の個人情報の取扱いに関する事項
 損保ジャパンは、この告知書に記載された個人情報、保険引受・支払いの判断、本契約の履行、等を行うこと(以下、「当社業務」と言います。)に利用します。また、下記①および②、当社業務上必要とする範囲で、取得・利用・提供を行います。
 ①損保ジャパンが、当社業務のために、業務委託先(保険代理店を含みます。)、保険仲立人、医療機関、保険金の請求・支払いに関する関係先、等に提供を行い、またはこれらの者から提供を受けることがあります。なお、これらの者には外国にある事業者を含みます。
 ②損保ジャパンが、再保険契約の締結や再保険金等の受領のために、国内外の再保険会社等に提供を行うこと(再保険会社等から他の再保険会社等への提供を含みます。)があります。
 なお、保健医療等のセンシティブ情報(人種、信条、社会的身分、病歴、犯罪の経歴、犯罪被害事実等の要配慮個人情報を含みます。)の利用目的は、法令等に従い、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定します。
 損保ジャパンの個人情報の取扱いに関する詳細(国外在住者の個人情報を含みます。)については損保ジャパン公式ウェブサイト(https://www.sompo-japan.co.jp/)をご覧ください。募集文書掲載の取扱代理店または損保ジャパン営業店までお問い合わせ願います。