

総合福祉団体定期保険 被保険者加入申込書兼一括告知書

SOMPOひまわり生命保険株式会社 宛

貴社の総合福祉団体定期保険普通保険約款(特約付のときはその特約案項)を承知のうえ、被保険者につき記載のとおり申し込みます。
 なお、当保険加入にあたり、被保険者同意の重要性を理解し被保険者となるべき者全員に対して保険金額・付保基準を含む契約内容および本帳票に記載の個人情報の取扱について、所定の手続きにより契約内容の通知を行い、当保険加入についての同意を得ました。
 新規加入および中途加入する被保険者について告知事項(被保険者の告知のある場合は被保険者の告知を含む)記載のとおり告知します。
 なお、告知は事実と相違なく、万一事実と相違していた被保険者については保険金・給付金が支払われないことがあることを承知します。

保 険 契 約 者	団体名	届出印
	代表者役職・氏名	

申込日(告知日)	令和	年	月	日	加入年月	令和	年	月
※本申込書を実際に記入した日付けをご記入ください。					※加入年月は、申込日(告知日)の翌月または翌々月をご指定ください。			

証券番号 夕

<本被保険者加入申込書兼一括告知書に記載の被保険者についてご確認ください>
 以下の質問事項 1～3 のすべてに「いない」「いる」いずれかに○をつけてください。

告 知 欄	1	告知事項	申込日(告知日)現在、病気や傷害により休職中の方や健康上の理由で正常に就業していない方(勤務の特別取扱いを含む)はいませんか。	いない	いる
	2		申込日(告知日)より起算して過去1年以内に病気や傷害により2週間以上欠勤または休業した方はいませんか。	いない	いる
	3		上記以外で、定期健康診断未実施・非常勤等の理由により団体側で健康状態の確認ができない方はいませんか。	いない	いる

「いる」に○がついた場合、該当被保険者の告知書提出有に○をつけ「被保険者告知書」を提出してください。

管理番号 ※管理番号を設定するご契約の場合のみご記入ください。			被保険者氏名		性別	生年月日	主契約 保険金額	被保険者 同意印	告知書 提出有	備考欄
事業所(所属) コード	従業員コード	被保険者番号	姓	名						
			カナ		① 男 ② 女	年: 月: 日	万円	印	有	
			漢字							
			カナ		① 男 ② 女	年: 月: 日	万円	印	有	
			漢字							
			カナ		① 男 ② 女	年: 月: 日	万円	印	有	
			漢字							
			カナ		① 男 ② 女	年: 月: 日	万円	印	有	
			漢字							
			カナ		① 男 ② 女	年: 月: 日	万円	印	有	
			漢字							

※弊社都合により登録できない漢字・カナ文字につきましては、表記可能な文字に変換して登録させていただく場合がございます。

ご加入者宛ての通知文書(総合福祉団体定期保険についてのお知らせ)の写しを、必ず本帳票に添付してご提出ください。

保険契約内容、本帳票記載の個人情報の取扱について通知を受け、団体が保険料を負担する本保険の被保険者になることに同意いたします。

営業店受付日	本社受付日	点検	決定

ヒューマン・ヴァリュー特約の付加および付加基準ならびに災害総合保障特約の付加および付加基準は契約日(直前の更新日もしくは制度変更日)の内容と同一とします。
 主契約保険金受取人、災害総合保障特約給付金受取人は契約日(直前の更新日もしくは制度変更日)の内容と同一とします。(ヒューマン・ヴァリュー特約の保険金受取人は保険契約者とします)

STEP 2

総合福祉団体定期保険 被保険者加入申込書兼一括告知書

ご契約者様控

SOMPOひまわり生命保険株式会社 宛

貴社の総合福祉団体定期保険普通保険約款(特約付のときはその特約案項)を承知のうえ、被保険者につき記載のとおり申し込みます。
 なお、当保険加入にあたり、被保険者同意の重要性を理解し被保険者となるべき者全員に対して保険金額・付保基準を含む契約内容および本帳票に記載の個人情報の取扱について、所定の手続きにより契約内容の通知を行い、当保険加入についての同意を得ました。
 新規加入および中途加入する被保険者について告知事項(被保険者の告知のある場合は被保険者の告知を含む)記載のとおり告知します。
 なお、告知は事実と相違なく、万一事実と相違していた被保険者については保険金・給付金が支払われないことがあることを承知します。

保険契約者

団体名 _____

代表者役職・氏名 _____

届出印

証券番号 夕 _____

<本被保険者加入申込書兼一括告知書に記載の被保険者についてご確認ください>
 以下の質問事項 1～3 のすべてに「いない」「いる」いずれかに○をつけてください。

告知欄	1 告知事項	申込日(告知日)現在、病気や傷害により休職中の方や健康上の理由で正常に就業していない方(勤務の特別取扱いを含む)はいませんか。	<input type="radio"/> いない <input type="radio"/> いる
	2	申込日(告知日)より起算して過去1年以内に病気や傷害により2週間以上欠勤または休業した方はいませんか。	<input type="radio"/> いない <input type="radio"/> いる
	3	上記以外で、定期健康診断未実施・非常勤等の理由により団体側で健康状態の確認ができない方はいませんか。	<input type="radio"/> いない <input type="radio"/> いる

申込日(告知日)	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	加入年月	令和 _____ 年 _____ 月
----------	----------------------------	------	--------------------

※本申込書を実際に記入した日付けをご記入ください。 ※加入年月は、申込日(告知日)の翌月または翌々月をご指定ください。

「いる」に○がついた場合、該当被保険者の告知書提出有に○をつけ「被保険者告知書」を提出してください。

管理番号 ※管理番号を設定するご契約の場合のみご記入ください。		被保険者氏名		性別	生年月日			主契約 保険金額 万円	被保険者 同意印	告知書 提出有	備考欄
事業所(所属)コード	従業員コード	被保険者番号	姓		名	年	月				
			カナ 漢字	① 男 ② 女	③ 昭和 ④ 平成	年	月	日	万円	<input type="radio"/> 有	
			カナ 漢字	① 男 ② 女	③ 昭和 ④ 平成	年	月	日	万円	<input type="radio"/> 有	
			カナ 漢字	① 男 ② 女	③ 昭和 ④ 平成	年	月	日	万円	<input type="radio"/> 有	
			カナ 漢字	① 男 ② 女	③ 昭和 ④ 平成	年	月	日	万円	<input type="radio"/> 有	
			カナ 漢字	① 男 ② 女	③ 昭和 ④ 平成	年	月	日	万円	<input type="radio"/> 有	

※弊社都合により登録できない漢字・カナ文字につきましては、表記可能な文字に変換して登録させていただく場合がございます。

ご加入者宛ての通知文書(総合福祉団体定期保険についてのお知らせ)の写しを、必ず本帳票に添付してご提出ください。

保険契約内容、本帳票記載の個人情報の取扱について通知を受け、団体が保険料を負担する本保険の被保険者になることに同意いたします。

ヒューマン・ヴァリュー特約の付加および付加基準ならびに災害総合保障特約の付加および付加基準は契約日(直前の更新日もしくは制度変更日)の内容と同一とします。
 主契約保険金受取人、災害総合保障特約給付金受取人は契約日(直前の更新日もしくは制度変更日)の内容と同一とします。(ヒューマン・ヴァリュー特約の保険金受取人は保険契約者とします)

STEP ②