

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

ご契約者様は控えとして本紙コピーをとり大切に保管してください。

団保26.02改訂
(891984)

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条項)を了承のうえ、被保険者につき記載のとおり申し込みます。なお、本保険加入にあたり、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いについて、所定の手続きにより通知を行い、本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、告知欄(被保険者に告知が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了承します。

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	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

「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	告知書 提出有	被保険者同意印または自署		
事業所(所属) コード	従業員コード	被保険者番号	姓	名		年	月				日	
			カナ 漢字		① 男 ② 女	③ 昭和 ④ 平成	年	月	日	万円	<input type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 印 自署
			カナ 漢字		① 男 ② 女	③ 昭和 ④ 平成	年	月	日	万円	<input type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 印 自署
			カナ 漢字		① 男 ② 女	③ 昭和 ④ 平成	年	月	日	万円	<input type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 印 自署
			カナ 漢字		① 男 ② 女	③ 昭和 ④ 平成	年	月	日	万円	<input type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 印 自署
			カナ 漢字		① 男 ② 女	③ 昭和 ④ 平成	年	月	日	万円	<input type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 印 自署

※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。

ご加入者宛での「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。

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)

保険契約内容、本帳票記載の個人情報の取扱い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

〈告知に関する重要事項〉

1. 健康状態について、加入申込者ご本人が有りのまます告知してください。（告知義務）

現在および過去の健康状態等について、ありのまますをお知らせいただくことを告知といい、ご契約者またはご加入者には告知をしていただく義務があります。
生命保険は、多数の人々が保険料を出しあって、相互に保障しあう制度です。
したがって、初めから健康状態の良くない方等が無条件に加入された場合、保険料負担の公平性が保たれません。
ご加入のお申込みにあたっては過去の傷病歴（傷病名・治療期間等）、現在の健康状態等につき「告知書」で当社がおたずねすることについて、事実をありのまますに、正確にもれなくお知らせ（告知）ください。

2. 生命保険会社の職員・代理店・契約者の職員等へお話しただいても告知したことにはなりません。

生命保険会社の職員（営業職員・コールセンター担当者等）・代理店・契約者等の職員等は告知を受領する権利がなく、口頭でお話しされても告知していただいたことにはなりません。
告知をされる場合は、必ず「被保険者加入申込書兼一括告知書」または「被保険者告知書」等の指定された書面にご記入のうえご提出ください。

3. 傷病歴があった場合にも、全てのお申込みをお断りするものではありません。

生命保険会社では、ご契約者間またはご加入者間の公平性を保つため、被保険者の現在および過去の健康状態等すなわち保険金等のお支払いが発生するリスクに応じた引受判断を行っております。
傷病歴等がある場合でも、その内容によってお引受けすることがありますので、ありのまますを正確にもれなく告知してください。
※告知書等への傷病歴等の記入の有無にかかわらず、当社で保有するお客様情報により、お申込みをお断りすることがあります。

4. 告知義務に違反された場合、ご契約を解除させていただき、保険金をお支払いできないことがあります。

告知いただく事項は、告知書に記載してあります。これらについて、故意または重大な過失によって事実を告知されなかったり、事実と違うことを告知された場合、責任開始日から1年以内であれば、「告知義務違反」としてご契約が解除されることがあり、保険金等が支払われない場合があります。
また、既に払い込まれた保険料については、返金されない場合があります。
※なお、「告知義務違反」として解除される場合以外にも、保険金等が支払われない場合があります。
例えば、「現在の医療水準では治癒が困難または死亡危険の極めて高い疾患の既往症・現症等について故意に告知をされなかった場合」等、告知義務違反の内容が特に重大な場合、詐欺による取消しを理由として、保険金等をお支払いできないことがあります。
この場合、告知義務違反による解除の対象外となる1年経過後にも取消しとなる場合があります。
また、取消しになった場合には既に払い込まれた保険料については返金されません。
保険金等が支払われない場合で、対象規程上の支払い事由に該当している場合は、規程に定める金額を保険金等から充当することができなくなりますので十分ご注意ください。

〈外国籍の方の加入時必須要件〉

加入者に外国籍の方がいる場合、以下の要件を満たしていることを確認します。

- ①死亡時に遺族の了知の取り付けが可能なこと
- ②送金先として国内口座があること（契約者（団体）受取の場合は除く）
- ③保険金等請求時に戸籍謄本提出ができない場合、団体側が定めた受給者（了知者）全員と順位が分かる一覧が提出できること