

総合福祉団体定期保険・団体定期保険(全員加入制度部分) 被保険者保険金額変更通知書 記入例

本書記入日となります。
必ず記入願います。

変更年月は、申込日の翌月または翌々月をご指定ください。
(変更月を遡る変更はお引き受けできません。)

総合福祉団体定期保険・団体定期保険(全員加入制度部分) 被保険者保険金額変更通知書 生命保険会社様専用

SOMPOひまわり生命保険株式会社 宛

届出印 (告知日)

申込日(告知日) 令和 1 年 10 月 1 日 変更年月(注) 令和 1 年 11 月 証券番号(契約番号) 1234567890

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。 いる いない

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。 いる いない

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。 いる いない

*増額者について必ず質問事項1~3のすべてに「いない」「いる」のいずれかに○を付けてください。
*質問事項1~3のいずれかが「いる」の場合、該当被保険者の告知書有無欄に○を付けて、別途被保険者告知書を提出してください。

被保険者番号 必ず記入願います	被保険者名(カナ) 必ず記入願います	主契約保険金額		告知書有無	備考	会社使用欄
		旧	新			
12340-00	シンジユク ジロウ	300 万円	500 万円	<input checked="" type="radio"/>		
2340-00	サカイ ハジメ	300 万円	100 万円	<input type="radio"/>		
-00		万円	万円	<input type="radio"/>		
-00		万円	万円	<input type="radio"/>		
-00		万円	万円	<input type="radio"/>		

訂正が発生した場合は、訂正箇所を二重線で取消し、訂正後の内容を記入のうえ、届出印欄に押印いただいた届出印または代理印を必ず訂正箇所を押印願います。

ご契約者様が、保険金額を増額される方の健康状態等をご確認のうえ、「いない」「いる」に○を付けてください。告知事項1~3のいずれかが「いる」の場合、必ず該当被保険者の「告知書有無」欄に○を付け、被保険者の個別告知書を添付してください。

質問事項1~3のいずれかが「いる」の場合該当の被保険者の告知書有無欄に○を付けて、別途被保険者告知書を提出願います。

保険金額欄はご契約内容をご確認のうえ、もれなく正確にご記入ください。

<ご注意>欄を確認のうえ
ご記入ください。

<ご注意>

- ご契約者様が、太線枠内について、もれなくご記入ください。
- 異動書類は、変更年月の前月末日までに当社に到着するようにご提出ください。ご到着が遅れますと記載いただいた変更年月でのお取扱いが出来ない場合があります。
- お申し込み内容を誤って記入された場合は、二重線で取消し、正しい内容をご記入ください。なお、訂正箇所には必ず届出印もしくは代理印による訂正印を2枚とも押印ください。
- お申し込みの際は、ご契約内容(保険金額等)を十分にご確認のうえ、正しくご記入ください。
- 保険金額を増額される方がいる場合は、告知事項欄をもれなくご記入ください。
- 加入年齢を超えた年齢での保険金額の増額はできません。