

無配当団体3大疾病保険 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
(892262)

SOMPOひまわり生命保険株式会社 宛

貴社の無配当団体3大疾病保険普通保険約款(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について、所定の手続きにより契約内容の通知を行い、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、告知書欄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が支払われないことがあることを了承します。告知有無にかかわらず、3大疾病保険金は、加入日より前に悪性新生物と診断確定されたことがある場合、がんを原因とした保険金が支払われないこと(上皮内新生物等診断保険金は、加入日より前に悪性新生物または上皮内新生物等と診断確定されたことがある場合、上皮内新生物等を原因とした保険金が支払われないこと)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																		
------	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

告 知 書	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、次の1から3のいずれかに該当する方はいますか。	いません
	<ol style="list-style-type: none"> 1. 申込日(告知日)現在、病気で休職・休業中(※1)の方、または病気により就業が制限されている(※2)方 2. 申込日(告知日)より起算して、12ヶ月以内に、病気により14日以上入院をしたことがある方 3. 契約者が既に取得している情報(※3)でこれまでに、がん(悪性新生物・悪性腫瘍)または上皮内がん(※4)にかかったことがある方 	

※1 休業中には、産前・産後休業、育児休業および介護休業の事由のみで休務されている場合は含まれません。
 ※2 「就業が制限されている」とは、勤務に制限を加える必要のあるもので、勤務先または医師等により労働時間の短縮、出張の制限、時間外労働の制限、労働負荷の制限などを指示されている場合をいいます。
 ※3 「契約者が既に取得している情報」には、健康診断結果等(雇入れ時を含む)の内容を含みます。
 ※4 「がん」には白血病・骨髄腫・悪性リンパ腫・肉腫を含み、「上皮内がん」には子宮頸部高度異形成または病理組織診断CIN3を含みます。

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			万円
			カナ		① 男 ② 女	③ 昭和 ④ 平成	年	月	日	万円	印 自署
			漢字				年	月	日		
			カナ		① 男 ② 女	③ 昭和 ④ 平成	年	月	日	万円	印 自署
			漢字				年	月	日		
			カナ		① 男 ② 女	③ 昭和 ④ 平成	年	月	日	万円	印 自署
			漢字				年	月	日		
			カナ		① 男 ② 女	③ 昭和 ④ 平成	年	月	日	万円	印 自署
			漢字				年	月	日		

※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(無配当団体3大疾病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。

無配当団体3大疾病保険企業支援特約の付加日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。
(無配当団体3大疾病保険企業支援特約の受取人は保険契約者となります。)

保険契約内容、提出される本帳票に記載の個人情報の取扱いについて通知を受け、本保険契約の被保険者と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、ありのままを告知してください。（告知義務）

現在および過去の健康状態等について、ありのままをお知らせいただくことを告知といい、ご契約者様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当社がおたずねすることについて、事実をありのままに、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・代理店の職員等へお話いただいても告知したことはありません。

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はありません。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」等の指定された書面に記入のうえご提出ください。

3. 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、告知書に記載しています。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。

〈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送金先として国内口座があること。
- ②保険金等請求時に戸籍謄本が必要な場合で提出が困難なとき、それに類する書類の提出が可能なこと。