

## 無配当団体3大疾病保険の契約内容通知に関する確認書

### 【同意確認の重要事項】

無配当団体3大疾病保険においては、保険契約者である団体が、被保険者になろうとする者へ、契約の内容を周知し、加入にかかる同意を確認する必要があります。この同意確認を行わなかった保険契約部分は、無効となり保障されません。確実に加入対象者全員へ周知のうえ、同意を確認してください。

今般、貴社と契約締結する（している）無配当団体3大疾病保険の契約内容および個人情報の取扱いについて、上記の「同意確認の重要事項」に留意のうえ、添付の通知文書により、全加入対象者宛に通知しました。なお、被保険者となることの同意確認結果は下記のとおりです。

### 記

#### 1. 通知の方法（いずれかに○を記入）

- 1 契約内容を記載した通知文書等を従業員等へ個別配布（メールによる社内通知等を含む）
- 2 個別に契約内容等を連絡
- 3 契約内容を記載した資料を、就業規則等の運用に従い、保険契約者である団体内で有効に機能している周知方法に従って、特定の場所に提示等（以下に具体的な方法を記載）

（方法

）

#### 2. 不同意者の有無

- 1 不同意者有り（不同意者名簿を添付いたします）
- 2 不同意者無し

以上

確認日

令和 年 月 日

※同意日以降であること

保険契約者団体名

保険契約者代表者（役職名・氏名）

印

所定の手続きにより、保険契約の内容、保険会社に提出される帳票に記載の個人情報の取扱いについて、通知を受けたことを、従業員を代表して報告します。

同意日

令和 年 月 日

※確認日以前であること

所属部署名

役職名

従業員代表者※

印

※従業員代表者は、労働組合がある場合はその委員長、ない場合は就業規則等の変更時に労働基準監督署へ届出を行う従業員代表者としてください。任意で選任したり、役員を従業員代表者とすることはできません。また、無配当団体3大疾病保険についてのお知らせの照会先担当者とは別人である必要があります。本帳票は保険契約者が指定した保険会社に提出いたしますが、提出される氏名等すべての個人情報は、この保険契約の締結・維持管理にあたり、加入対象者に対して適切に同意確認がなされたことを確認するためにのみ利用され、それ以外の目的で利用することはありません。