

全国手をつなぐ育成会連合会 加入依頼書(兼健康状態告知書)



告知の前にご一読ください。

「健康状態に関する告知」にあたってご注意いただきたいこと

正しく告知していただくことは大変重要です。

新・団体医療保険(医療保険基本特約、がん保険特約セット団体総合保険)

- 新規にご加入いただく場合は、健康状態を告知していただく必要があります。
- 告知していただいた内容にしたがって、お引受けの可否が決まります。
- 正しく告知していただきませんと、ご契約を解除することや、保険金をお支払いできないことがあります。
- 告知書は、裏面の記入例をご確認いただきながら、必ず被保険者(保険の対象となる方)ご本人*が事実を「ありのままに」「正確に」「もれなく」ご記入(告知)ください。
- 告知の対象となる「医師の診察、検査、治療または投薬」や特にご注意いただきたい事項については記入例に掲載していますのでご確認ください。

1. 告知の重要性

※詳細につきましては、パンフレット等をご確認ください。

- 告知書にご記入いただく内容は、損保ジャパンが公平な引受判断を行ううえで重要な事項となります。
- 口頭でお話し、または資料提示されただけでは、告知していただいたことにはなりませんのでご注意ください。
- 損保ジャパンまたは取扱代理店は告知受領権を有しています。

2. 正しく告知されなかった場合のデメリット

※詳細につきましては、パンフレット等をご確認ください。

- ご加入初年度の保険期間の開始時からその日を含めて1年以内に過去の傷病歴、現在の健康状態等について損保ジャパンに告知していただいた内容が不正確であることが判明した場合は、「告知義務違反」としてご契約を解除することがあります。また、ご加入初年度の保険期間の開始時からその日を含めて1年を経過していても、ご加入初年度の保険期間の開始時からその日を含めて1年以内に保険金の支払事由が発生していた場合は、ご契約を解除することがあります。
- ご契約が解除になった場合、「保険金の支払事由」が発生しているときであっても、保険金をお支払いできません。ただし、「保険金の支払事由」と「解除原因となった事実」に因果関係がない場合は、保険金をお支払いします。

3. 告知していただいたご契約のお引受け

ご契約のお引受けについて、告知していただいた内容により、下記①、②いずれかの取扱いとなります。

- ①ご加入いただけます。
- ②ご加入いただけません。

4. 始期前の発病や事故による無責の取扱い

※詳細につきましては、パンフレット等をご確認ください。

ご加入初年度の保険期間の開始時^(※1)より前に発病^(※2)した疾病または発生した事故による傷害を原因とする保険金の支払事由に対しては、正しく告知してご加入された場合であっても、保険金をお支払いできません。ただし、ご加入初年度の保険期間の開始時^(※1)より前に発病^(※2)した疾病または発生した事故による傷害であっても、保険金の種類により、ご加入初年度の保険期間の開始時^(※1)からその日を含めて1年を経過した後に保険金の支払事由が生じた場合は、その保険金の支払事由についてはお支払いの対象となる場合があります。

(※1)継続時に新たに補償を拡大する特約を追加された場合は、追加された特約についてはそのセットした日をいいます。

(※2)医師の診断による発病の時をいいます。ただし、その疾病の原因として医学上重要な関係がある疾病が存在する場合は、その医学上重要な関係がある疾病の発病の時をいいます。また、先天性異常については、医師の診断により初めて発見された時をいいます。

ご不明な点は、取扱代理店または損保ジャパンまでお問い合わせください。

お客さまのご確認のため
ご利用ください。

お客さま
チェック欄

告知書の質問事項、注意事項等を本案内とあわせてよくお読みください。
本案内および告知書の告知者控(⑤本人用)は重要な書類ですので、大切に保管してください。
ご加入の対象になる方等はパンフレット等をご確認ください。

*代理告知について

- 被保険者が15歳未満の場合は、被保険者ご本人に代わって、親権者が被保険者ご本人の健康状態等をご確認のうえ、ご記入、ご署名ください。
- 申込人ご本人以外のご家族(配偶者、子供、両親、同居の家族(兄弟姉妹、親族))の方が加入されるご家族に代わって、申込人ご本人が加入されるご家族の健康状態等をご確認のうえ、ご記入、ご署名することができます。

告知書の個人情報の取扱いに関する事項

損保ジャパン(以下、「当社」といいます。))は、この告知書に記載された個人情報を、保険引受・支払いの判断、本契約の履行、等を行うこと(以下、「当社業務」といいます。))に利用します。また、下記①および②、当社業務上必要とする範囲で、取得・利用・提供を行います。

①当社が、当社業務のために、業務委託先(保険代理店を含みます。)、保険仲立人、医療機関、保険金の請求・支払いに関する関係先、等に提供を行い、またはこれらの者から提供を受けることがあります。なお、これらの者には外国にある事業者等を含みます。

②当社が、再保険契約の締結や再保険金等の受領のために、国内外の再保険会社等に提供を行うこと(再保険会社等から他の再保険会社等への提供を含みます。))があること。

なお、保健医療等のセンシティブ情報(人種、信条、社会的身分、病歴、犯罪の経歴、犯罪被害事実等の要配慮個人情報を含みます。))の利用目的は、法令等に従い、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定します。

当社の個人情報の取扱いに関する詳細(国外在住者の個人情報を含みます。))については当社公式サイト(<https://www.sompo-japan.co.jp/>)をご覧ください。募集文書掲載の取扱代理店または損保ジャパン営業店までお問い合わせ願います。

お申込み前に再度ご確認ください。

- 告知書にご記入もれはありませんか?
- 告知書に被保険者(保険の対象となる方)ご本人がご署名いただいていますか?
- 告知日はご記入いただいていますか?
- 上記『「健康状態に関する告知」にあたってご注意いただきたいこと』はご確認いただきましたか?

<記入上のご注意>

1. 「健康状態告知書」は、必ず、被保険者(保険の対象となる方)ご本人が回答をご記入ください。
2. 新規の場合、加入依頼時または保険期間の初日にすでに発生している病気については、保険金をお支払いできません。
3. この書面による告知は、ご加入いただけるかどうかを決める重要な事項です。ありのままを正確にもれなくご記入ください。もし、これらの事項に事実をご記入にならなかったり、ご記入いただいた内容が事実と違っていた場合には、ご契約が解除されたり、保険金のお支払いが受けられないことがあります。ご提出いただく前に、記入漏れ・誤りがないかをご確認のうえ、被保険者署名欄に署名ください。
4. 年齢はご加入日における満年齢とします。中途加入の場合は中途加入の日とします。いずれの場合も加入依頼日と必ずしも一致しませんので、ご注意ください。
5. 捺印欄は各ページにございますので、捺印漏れのないようご注意ください。

【重要】

1. ★の事項は、ご加入にあたってお申し出いただく重要な事項(告知事項)です。
2. ★の事項が事実と相違している場合には、「ご契約を解除させていただくこと」や「保険金をお支払いできないこと」がありますので、正確にご記入ください。
3. 「健康状態告知書」の記載事項を変更される場合は、変更される日までにご連絡ください。
4. 上記の「健康状態告知書」の告知内容によっては、ご加入をお断りする場合がありますので、あらかじめご了承ください。
<詳しくはパンフレットをご覧ください。>

〈共通〉

全国手をつなぐ育成会連合会 御中
損害保険ジャパン株式会社 宛

加入者は、募集文書または損保ジャパンの公式ウェブサイト(https://www.sompo-japan.co.jp/)に掲載の「個人情報の取扱いに関する事項」等を確認し、本書面記載の加入者以外の者(被保険者等)より必要な同意を得たうえ、個人情報の取扱いに同意します。

申込日	令和 年 月 日	加入日	令和 年 月 日
支部名	KG6	令和 年 月 日	
支部コード	521		

会員名(加入申込人)	フリガナ	501	
	住所	KC1	
	フリガナ	507	
	氏名	KC5	
	※加入申込人は会員にかぎりません。(法人可)		
	加入者ご署名 またはご捺印欄	告知義務などの内容を確認し、個人情報の取扱いに同意のうえ、加入を依頼します。 署名欄(法人の場合はご捺印)	
	生年月日	513	②大 ③昭 ④平 ⑤令 年 月 日生
	TEL	504	()
	顧客番号(電話番号)	522	(ハイフン除く) ※携帯電話の場合は頭の「0」を除く。

被保険者	フリガナ		
	住所	〒 -	※加入申込人住所と同じ場合は記入不要
	フリガナ	600	★性別
	氏名	KD1	602 ①男 ②女
	生年月日	603	②大 ③昭 ④平 ⑤令 年 月 日生
会員(加入申込人)との関係	V92	①本人 ②配偶者 ③子供 ④親 ⑤兄弟姉妹 ⑥その他同居親族	

〈おたすけプラン・日ごろの備え〉 傷害総合保険

がんのおたすけプランにあわせてご加入の場合は 月払	加入コース・保険料	800 型 OA0 円	800 型 OA0 円
	月払保険料	N12 490	NB12 620
	即時保険料	OA1 円	OA1 円

〈がんのおたすけプラン〉新・団体医療保険

加入コース	802 G1 型 G2 型 G3 型	月払保険料	0A2 円	即時保険料	0A3 円
加入者合計保険料	542				
即時合計保険料	058				

告知日(ご記入日)	令和 年 月 日
告知者署名	被保険者ご本人がご署名ください。代理告知の場合は、左記「被保険者本人署名」欄に被保険者名をご記入のうえ、代理告知者ご本人が「代理告知者署名」欄にご署名ください。
代理告知者署名	被保険者との関係()

本告知事項は、私が自ら記入したものであり、事実と相違ありません。事実と相違していた場合は、ご契約が解除となったり、保険金の支払を受けられなくなったりしても異議を申し立てません。

また、「健康状態に関する告知にあたってご注意いただきたいこと」の内容について確認・同意し、ならびに告知書の告知者控の裏面に記載の「告知者の個人情報の取扱いに関する事項」を確認し、損保ジャパンが必要な範囲において個人情報取得・利用・提供することに、加入者、告知者、被保険者(保険の対象となる方)ともに同意します。

★以下の質問事項にご回答ください。 いずれか1つでも該当がある場合はご加入いただけません。

1	今までに「がん(※1)」「上皮内がん」で医師の診察、検査、治療または投薬を受けたこと、医師にがんを指摘されたこと、または健康診断・がん診断・人間ドックでがんを指摘されたことがありますか。	いいえ	はい
2	告知日現在から過去2年以内に、〈別表〉記載の疾病により、医師の診察、検査、治療または投薬を受けたこと、医師に病気を指摘(※2)されたこと、または健康診断・がん診断・人間ドックで要治療・要精密検査・1年以内の要再検査のいずれかを指摘されたことがありますか。	いいえ	はい
3	他の保険契約または共済契約(※3)に加入している場合、今回ご契約の保険金額との合計が、次の金額を超えていますか。 ◆がん診断保険金：300万円 ◆がん入院保険金：日額30,000円	いいえ	はい

(※1)悪性新生物をいいます。白血病、悪性リンパ腫を含みます。

(※2)経過観察を含みます。

(※3)他の保険契約または共済契約とは、医療保険、がん保険、傷害保険、各種商品の入院特約等、この保険の全部または一部に対して支払責任が同じである他の保険契約または共済契約をいいます。

〈別表〉告知される方(被保険者)が認識している疾病・症状名が〈別表〉にある疾病・症状名と一致しなくても、医学的にその疾病・症状と同一と判断される場合には告知が必要です。傷病歴があり、〈別表〉に該当するか不明な場合は、主治医(担当医)に確認のうえ、ご回答ください。

ポリープ・しゅよう等	ポリープ しゅよう(良性、悪性、性状不詳または不明を含みます。)	結節 しゅりゅう(腫瘍) 多発性ポリープ(ポリポージス) 異形成
食道・胃・腸の疾病	胃・腸・十二指腸・食道・肛門のかいよう 腸閉塞 かいよう性大腸炎 食道静脈瘤 クローン病 GIST(ジスト)	
肝臓・胆のう・すい臓の疾病	肝硬変、肝不全、肝炎、肝肥大、肝のうよう、肝機能障害(入院や治療を伴うもの)、胆のう炎、慢性すい炎、すい臓癌	
腎臓・泌尿器の疾病	慢性腎炎 慢性腎不全 前立腺肥大 水腎症 のう胞腎	
気管支・肺の疾病	慢性閉塞性肺疾患(COPD) 間質性肺炎 肺気腫 じん肺 けい肺 結核、肺線維症、胸膜炎、真菌症	
女性の疾病	子宮筋腫、卵巣のう腫、乳腺症、乳腺炎、子宮内膜炎、子宮内膜増殖症	
その他	糖尿病 白板症 出血(便せん血・不正出血・喀血・吐血・血尿)貧血(鉄欠乏性貧血を除く) 皮膚筋炎(多発性筋炎) びらんしこり 黄疸 アルツハイマー病	

★他の保険契約等

「他の保険契約等」とは、この保険契約の全部または一部について支払責任が同一である他の保険契約または共済契約をいいます。 (※)傷害保険の場合、傷害総合保険、普通傷害保険、積立傷害保険等、この保険契約の全部または一部に対して支払責任が同じである他の保険契約または共済契約をいいます。 (※)団体用医療保険の場合、医療保険、がん保険、傷害保険、各種商品の入院特約等、この保険契約の全部または一部に対して支払責任が同じである他の保険契約または共済契約をいいます。	会社名	満期日	左記に書ききれない場合、別紙添付
	保険種類	〇令和 〇平成 年 月 日	520
		保険金額	⑨ あり (別紙添付)

前頁からの続き	527 ①	特殊指示	108 ① 109 ② 確認	不備
---------	-------	------	----------------	----