

# 団体総合生活保険 所得補償 加入依頼書兼告知書

提出締切日 : 令和2年10月16日(金)      提出先 : 株式会社 近江屋  
 保険期間 : 令和2年12月1日午後4時から令和3年12月1日午後4時まで

保険の対象となる方(被保険者)	郵便番号		連絡先 (電話番号)				
	住所	カナ					
		漢字					
	氏名	カナ	性別	<input type="radio"/> 男性 <input type="radio"/> 女性	★ 生年月日	明治	大正
		漢字				昭和	平成
	従業員番号	所属名		☆職業・職務		基本級別	
★ 他の保険契約等 *1	<input checked="" type="radio"/> あり	* 1 他の保険契約等 (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保険契約または共済契約をいいます。) がある場合には○をし、裏面に詳細をご記入ください。					

★または☆が付された事項は、ご加入に関する重要な事項 (告知事項) です。これらの表示が事実と異なる場合やこれらに事実を記載しない場合は、ご加入を解除することがあります。また、☆が付された事項に内容の変更が生じた場合には、遅滞なく代理店または東京海上日動にご連絡ください。ご連絡がない場合はお支払いする保険金が削減されることがありますので、ご注意ください。

## ご加入される方

書き損じの場合は、訂正のうえ、訂正印をご捺印願います。

①口数、保険金額等をご記入ください。(お一人あたり5口までご加入いただけます。)

口数	保険金額 (1口あたり6.5万円)	月額保険料
口	万円	円

②下記健康状態告知書にご回答・ご記入ください。【A表】【B表】【C表】は裏面をご確認ください。

### ★健康状態告知書

#### <質問①>

- 告知日(ご記入日)より過去3か月以内に入院をしたこと、または手術を受けたことはありますか。
  - 現在入院または手術の予定(医師からすすめられている場合を含みます。)はありますか。
- ※正常分娩に伴う入院・手術を除きます。

1つ以上  
あり

申し訳ありませんが、お引受けできません。

全て  
なし

#### <質問②>

- 告知日(ご記入日)より過去2年以内に【A表】の病気・症状であると医師に診断されたこと、または【A表】の病気・症状のため医師の指示による検査 \* 1・治療(投薬の指示を含みます。)を受けたことはありますか。
- \* 1 検査結果が異常なしだった場合は「なし」となります。

あり

なし

#### <質問③>

- 告知日(ご記入日)より過去2年以内に【B表】の病気・症状であると医師に診断されたこと、または【B表】の病気・症状のため医師の指示による検査 \* 2・治療(投薬の指示を含みます。)を受けたことはありますか(「あり」の場合には、ア～エのうち該当するもの全てに○をつけてください。)
- \* 2 検査結果が異常なしだった場合は「なし」となります。

あり

ア  
イ  
ウ  
エ

お引受けできます。  
下枠内にご署名ください。

お引受けすることができますが、質問③で○をつけたア～エに対応する【C表】の病気・症状が補償対象外(特定疾病等不担保特約セット)となります。ご同意いただける場合は、下枠内にご署名ください。

加入依頼日・告知日(ご記入日)

年 月 日

上記告知内容および裏面の「ご加入時の同意内容について」の内容について確認・同意し、契約者である企業・団体に対して加入(変更、更新しない等)を依頼します。

加入者・被保険者氏名(自署)

**【ご加入時の同意内容について】**

- 私と被保険者\*全員は、以下の事項について確認・同意のうえ、加入を依頼します。 \*保険の対象となる方をいいます。
- ①私が契約者である企業または団体の構成員であること
  - ②重要事項説明書の内容
  - ③重要事項説明書添付の「ご加入内容確認事項」の内容
  - ④下記の「個人情報の取扱いに関するご案内」の内容
  - ⑤パンフレット記載の「告知の大切さに関するご案内」の内容

**【健康状態告知書のA表、B表、C表】**

【A表】お引受けできない病気・症状		
悪性新生物	<ul style="list-style-type: none"> <li>・がん（悪性新生物、癌、悪性しゅよう、肉腫、白血病、悪性リンパ腫、骨髄腫を含む）</li> <li>・上皮内がん（上皮内新生物、上皮内癌、CIS、CIN3、子宮頸部の高度異形成を含む）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・腎不全 ・腎硬化症 ・慢性腎炎</li> <li>・ネフローゼ</li> </ul>
循環器系の病気・症状	<ul style="list-style-type: none"> <li>・脳卒中（脳出血、くも膜下出血、脳梗塞、脳血栓、脳塞栓を含む）</li> <li>・心臓病（狭心症、心筋梗塞、不整脈、心房細動、心室細動、心不全、心筋炎、心筋症、心肥大、弁膜症を含む）</li> <li>・動脈の疾患（動脈瘤、動脈の閉塞・狭窄を含む）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・眼底出血 ・網膜の病気</li> </ul>
消化器系の病気・症状	<ul style="list-style-type: none"> <li>・胃潰瘍 ・十二指腸潰瘍 ・肝炎（A型肝炎をのぞく） ・肝硬変 ・慢性膵炎</li> </ul>	その他の病気・症状 <ul style="list-style-type: none"> <li>・糖尿病（高血糖、糖尿病の合併症を含む）</li> <li>・結核 ・免疫不全症 ・メニエール病</li> <li>・認知症（アルツハイマー病を含む）</li> <li>・精神の病気（アルコール・薬物依存を含む）</li> <li>・脳・神経の病気（アルコール・薬物依存を含む）</li> <li>・膠原病（全身性エリテマトーデス、リウマチ、皮膚筋炎、強皮症、多発性動脈炎を含む）</li> <li>・厚生労働省指定の難病（指定難病に対する医療受給者証の交付を受けている方）</li> </ul>
呼吸器系の病気・症状	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ぜんそく（気管支喘息）（ブドニゾン、ブドニン、メドロール、レタコート、リンデロン等の経口ステロイドを処方された場合） ・慢性気管支炎 ・肺炎腫</li> </ul>	

【B表】条件付でお引受けできる病気・症状
ア. 高血圧症、脂質異常症（高脂血症）
イ. 白内障、緑内障
ウ. 脊椎、背骨および椎間板の障害（脊椎分離症、脊椎すべり症、椎間板ヘルニア、むちうち症を含む）
エ. 前立腺肥大、子宮筋腫

【C表】補償対象外となる病気・症状*1
ア. 脳卒中（脳出血、くも膜下出血、脳梗塞、脳血栓、脳塞栓）、狭心症、心筋梗塞、不整脈*2、心室細動、心不全、心筋炎、心肥大、弁膜症、動脈瘤、動脈の閉塞・狭窄
イ. 白内障、緑内障（質問③で告知いただいた内容が片眼だけの場合でも、両眼が補償対象外となります。）
ウ. 脊椎分離症、脊椎すべり症、椎間板ヘルニア、むちうち症
エ. 前立腺肥大、前立腺炎、前立腺がん、子宮筋腫

\*1 主治医が【C表】記載の病気・症状と医学的に同一であると診断した病気・症状に関しては、補償の対象外となりますのでご注意ください。  
 \*2 心房細動は補償の対象となります。

**【個人情報の取扱いに関するご案内】**

保険契約者である企業または団体は引受保険会社に本契約に関する個人情報を提供いたします。引受保険会社および引受保険会社のグループ各社は、本契約に関する個人情報を、保険引受の判断、本契約の管理・履行、付帯サービスの提供、他の保険・金融商品等の各種商品・サービスの案内・提供、アンケート等を行うために利用する他、下記①から⑥の利用・提供を行うことがあります。なお、保健医療等の特別な非公開情報（センシティブ情報）の利用目的は、保険業法施行規則により、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されています。

- ①本契約に関する個人情報の利用目的の達成に必要な範囲内で、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、金融機関等に対して提供すること
- ②契約締結、保険金支払い等の判断をするうえでの参考とするために、他の保険会社、一般社団法人日本損害保険協会等と共同して利用すること
- ③引受保険会社と引受保険会社のグループ各社または引受保険会社の提携先企業等との間で商品・サービス等の提供・案内のために、共同して利用すること
- ④再保険契約の締結、更新・管理、再保険金支払等に利用するために、再保険引受会社等に提供すること
- ⑤質権、抵当権等の担保権者における担保権の設定等に係る事務手続きや担保権の管理・行使のために、その担保権者に提供すること
- ⑥更新契約に係る保険引受の判断等、契約の安定的な運用を図るために、保険の対象となる方の保険金請求情報等（過去の情報を含みます。）をご契約者およびご加入者に対して提供すること

詳しくは、東京海上日動火災保険株式会社のホームページ([www.tokiomarine-nichido.co.jp](http://www.tokiomarine-nichido.co.jp))および他の引受保険会社のホームページをご参照ください。

**【他の保険契約等】（該当する方のみご記入ください）**

※他の保険契約等とは、ご加入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。

被保険者名	保険会社・共済会社	保険種類	満期日 (補償の満了する日)	保険金額・支払限度額 (ご契約金額) (万円)