

MOLグループ団体総合生活補償保険加入申込票 (兼 健康状況告知書)

団体総合生活補償保険 (MS&AD 型)

センター送付

000 AAA 020 994
PRO6 03 88 LF 354④

STEP 1 申込人情報と手続区分についてご確認のうえご記入ください。

内は必ずご記入ください。

住所 317 (カタカナ)
〒 〇〇〇 〇〇〇 (漢字)
307 (カタカナ)
[ご加入内容確認事項]について確認するとともに、個人情報の取扱いに同意のうえ加入を申し込みます。
[347] フルネームでご署名ください。
[漢字]
職場名 018 (カタカナ) 所属コード 019

加入申込日 010 令和R 年 月 日
社員番号 017
電話番号 011
生年月日 980 (大正) (昭和) (平成) 年 月 日 性別 982 (男) (女) 1

メッセージ
手続区分 下記のいずれかに○をしてください
○ 新規に加入する → 全ての内容をご記入のうえ、ご署名・ご提出ください。
○ 内容を変更する [前年度加入内容を追加・変更して継続する] → 内容を変更せず継続する場合は、ご提出不要です。
○ 継続加入しない → ご署名のうえ、ご提出ください。

保険期間
令和 3 年 6 月 1 日 から
令和 4 年 6 月 1 日 まで

団体名
加入者番号 098
旧加入者番号 099
旧識別コード L17

STEP 2 申込内容と健康状況(告知)についてご確認のうえご記入ください。

(注1) 三井住友海上火災保険株式会社 最終頁の健康状況告知書質問事項に対する下記回答は事実と相違ありません。告知内容が事実と相違していた場合、保険契約を解除され保険金の支払いを受けられないことがあることに同意します。また、個人情報の取扱いに同意します。「健康状況告知書ご記入のご案内」を受け取り、内容を了解しました。

病気の保険 88/B1
氏名 J04 (カタカナ) L67 (漢字)
生年月日 323 (昭和) (平成) (令和) 年 月 日
年齢 303 (満) 才 性別 302 (男) (女) 1
職業名・職種名 576 カタカナで記入
職種コード 312 団体との関係 L18
告知者ご署名 LWB (告知日) R 年 月 日 (告知者ご署名)

特約区分	介護を受ける方(親)の氏名(特約被保険者・介護対象者)	生年月日	年齢	介護一時金・休業	健康状況告知書質問事項回答欄	最終頁裏面の質問事項に正確にご回答ください。				
VT1	VKA カタカナで記入	VKB	VKC	VKE	VKF	VKG	VKH	VKT	確認方法	告知者ご署名欄
①一時金のみ		大正 昭和 平成	満	はい	はい	はい	はい	はい	対面 FAX・郵送	VKS (告知日) R 年 月 日 (告知者ご署名)
②休業のみ		(T) (S) (H)	満	はい	はい	はい	はい	はい	③	
③一時金+休業	VKD (父)1 (母)2	年 月 日 才		はい	はい	はい	はい	はい	電子メール等、 2, 3以外の通信手段	
VT2	VKJ カタカナで記入	VKK	VKL	VKN	VKP	VKQ	VKR	VKU	確認方法	告知者ご署名欄
①一時金のみ		大正 昭和 平成	満	はい	はい	はい	はい	はい	対面 FAX・郵送	VKS (告知日) R 年 月 日 (告知者ご署名)
②休業のみ		(T) (S) (H)	満	はい	はい	はい	はい	はい	③	
③一時金+休業	VKM (父)1 (母)2	年 月 日 才		はい	はい	はい	はい	はい	電子メール等、 2, 3以外の通信手段	

390 J04 (カタカナ) L67 (漢字)
生年月日 323 (昭和) (平成) (令和) 年 月 日
年齢 303 (満) 才 性別 302 (男) (女) 1
職業名・職種名 576 カタカナで記入
職種コード 312 団体との関係 L18
告知者ご署名 LWB (告知日) R 年 月 日 (告知者ご署名)

特約区分	介護を受ける方(親)の氏名(特約被保険者・介護対象者)	生年月日	年齢	介護一時金・休業	健康状況告知書質問事項回答欄	最終頁裏面の質問事項に正確にご回答ください。				
VT1	VKA カタカナで記入	VKB	VKC	VKE	VKF	VKG	VKH	VKT	確認方法	告知者ご署名欄
①一時金のみ		大正 昭和 平成	満	はい	はい	はい	はい	はい	対面 FAX・郵送	VKS (告知日) R 年 月 日 (告知者ご署名)
②休業のみ		(T) (S) (H)	満	はい	はい	はい	はい	はい	③	
③一時金+休業	VKD (父)1 (母)2	年 月 日 才		はい	はい	はい	はい	はい	電子メール等、 2, 3以外の通信手段	
VT2	VKJ カタカナで記入	VKK	VKL	VKN	VKP	VKQ	VKR	VKU	確認方法	告知者ご署名欄
①一時金のみ		大正 昭和 平成	満	はい	はい	はい	はい	はい	対面 FAX・郵送	VKS (告知日) R 年 月 日 (告知者ご署名)
②休業のみ		(T) (S) (H)	満	はい	はい	はい	はい	はい	③	
③一時金+休業	VKM (父)1 (母)2	年 月 日 才		はい	はい	はい	はい	はい	電子メール等、 2, 3以外の通信手段	

390 J04 (カタカナ) L67 (漢字)
生年月日 323 (昭和) (平成) (令和) 年 月 日
年齢 303 (満) 才 性別 302 (男) (女) 1
職業名・職種名 576 カタカナで記入
職種コード 312 団体との関係 L18
告知者ご署名 LWB (告知日) R 年 月 日 (告知者ご署名)

特約区分	介護を受ける方(親)の氏名(特約被保険者・介護対象者)	生年月日	年齢	介護一時金・休業	健康状況告知書質問事項回答欄	最終頁裏面の質問事項に正確にご回答ください。				
VT1	VKA カタカナで記入	VKB	VKC	VKE	VKF	VKG	VKH	VKT	確認方法	告知者ご署名欄
①一時金のみ		大正 昭和 平成	満	はい	はい	はい	はい	はい	対面 FAX・郵送	VKS (告知日) R 年 月 日 (告知者ご署名)
②休業のみ		(T) (S) (H)	満	はい	はい	はい	はい	はい	③	
③一時金+休業	VKD (父)1 (母)2	年 月 日 才		はい	はい	はい	はい	はい	電子メール等、 2, 3以外の通信手段	
VT2	VKJ カタカナで記入	VKK	VKL	VKN	VKP	VKQ	VKR	VKU	確認方法	告知者ご署名欄
①一時金のみ		大正 昭和 平成	満	はい	はい	はい	はい	はい	対面 FAX・郵送	VKS (告知日) R 年 月 日 (告知者ご署名)
②休業のみ		(T) (S) (H)	満	はい	はい	はい	はい	はい	③	
③一時金+休業	VKM (父)1 (母)2	年 月 日 才		はい	はい	はい	はい	はい	電子メール等、 2, 3以外の通信手段	

ご注意
本申込票は、「病気の保険」用です。
右上の「団体名」は在籍会社名(出向元)となります。

ご記入にあたって

- [※]印の項目は、ご契約に際して引受保険会社がおたずねする特に重要な事項(告知事項)です。事実と相違する場合は、ご契約を解除し、保険金をお支払できないことがありますので、十分ご確認のうえご回答(記入)ください。
- 疾病を補償するセットに新たに加入する場合、または、疾病補償について保険責任を加重(保険金額の増額、特約追加など)する場合は、最終頁裏面の質問事項につき、正確にご回答ください。
- [◎]年齢は保険始期日現在でご記入ください。(保険期間の途中で加入される場合も、中途加入日現在ではなく、団体契約の保険始期日現在の年齢をご記入ください。)
- 職種コードは裏面をご参照ください。職業名・職種名は裏面の職種コード一覧を参照のうえ、カタカナ20文字以内でご記入ください。
- [◆]団体との関係について下記該当の数字(いずれか1つ)をご記入ください。
 - 団体の …………… 1: 構成員 (子会社・関連会社の構成員、退職者を含む) 0: 会員企業等の役員・従業員
 - 上記1または0の …… 2: 配偶者 3: 子ども 4: 両親 5: 兄弟姉妹 6: 同居の親族 7: 使用人

STEP 3 他の保険契約等、保険金請求歴がある場合は、こちらでも確認のうえご記入ください。

(注)他の保険会社等における契約を含み、団体契約、生命保険契約、共済契約を含みます。同種の危険を補償する他の保険契約等(団体総合生活補償保険、普通傷害保険等)をいい、いずれも積立保険を含みます。 (注)他の保険会社等への保険金請求を含みます。過去3年以内に病気またはケガで保険金(合計して5万円以上)を請求または受領したことがありますか。
* 他の保険契約等がありますか? (あり) 保険金請求歴がありますか? (あり)
ご注意 「あり」の場合裏面を必ずご記入ください。(ご記入のない場合には、「なし」と回答したことになります。)

331 特記事項

R50 合計保険料 (一回分) 円 前年合計保険料 (一回分) 円
受付日 (社内使用欄) 計上用
令和 年 月 日

0005610

NC01133357