

MS&AD 三井住友海上 団体総合生活補償保険加入申込票(標準型)〈複数名型〉

※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、保険金をお支払いできないことがありますので、十分にご確認のうえご回答(記入)ください。

000 AAA 020 994
RC58 03 88 LF 354 ④

代表証券番号

〈ご記入にあたって〉

- ◎年令は保険始期日時時点の年令をご記入ください。(保険期間の途中で加入される場合も、中途加入日時時点ではなく、団体契約の保険始期日時時点の年令をご記入ください。)
- 被保険者の職業・職務(職業名・職種名、職種コード)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・職種名はカナで濁点・半濁点を含め20文字超の登録はできません。裏面の職種コード一覧も参照のうえ、20文字以内でご記入ください。(これまでのご加入契約で20文字超でご記入されている方は、20文字以内でご記入ください。)
- 被保険者住所が申込人(加入者)の住所と同じ場合、「申込人住所と同じ」に○印をしてください。

加入申込日 010 令和R 年 月 日 011 電話番号 - -

012 郵便番号 317 カナ

住所 〒 - 399 漢字

0307 カナ

「ご加入内容確認事項」について確認するとともに、個人情報取扱に同意のうえ加入を申し込みます。

フルネームでご署名ください。 390 生年月日 大正T 昭和S 平成H 令和R

漢字 341 自 署

018 所属名カナ 019 所属コード 017 社員番号

098 加入者番号

DAN会員番号を記入してください

前年加入内容を変更する場合記入(脱退を含む)

L17 前契約加入者識別コード

保険期間

令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで

お申込み翌月1日から翌年の4月1日までとなります

(注1)「自転車搭乗中等のみ補償特約」または「交通」パンフレット内のAからDをご記入ください

| 符号 390 | 被保険者ご本人 (注)被保険者の住所・氏名が申込人(加入者)と異なる場合は、カナ・漢字の両方を必ずご記入ください。 | | | | | | 加入セット選択欄 | | | | | その他の項目(被保険者項目のみ記入可) | | | |
|-----------|---|------------------|-------------------------|-------------------------------|--------------------|-----------------------|---------------|------------------|---|---|---|---------------------|-------|----|--|
| | 住所 | 氏名 | 303◎年令 | 302性別 | L18◆団体との関係 | 576※職業名・職種名 カナ(注1) | 312※職種コード(注1) | 基本セット(必選択) オプション | | | | | 項目No. | 内容 | |
| 1 | 申込住所と同じ VBT <input checked="" type="checkbox"/> | H41 カナ L68 漢字 | 満 才 | 男 ₁ 女 ₂ | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑩ | カナ(注1) | 312※職種コード(注1) | 300 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| | J04 カナ | L67 漢字 | 323生年月日 大正T 昭和S 平成H 令和R | | | 573 職種級別 | 572 | 口数 | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | 申込住所と同じ VBT <input checked="" type="checkbox"/> | H41 カナ L68 漢字 | 満 才 | 男 ₁ 女 ₂ | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑩ | カナ(注1) | 312※職種コード(注1) | 300 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| | J04 カナ | L67 漢字 | 323生年月日 大正T 昭和S 平成H 令和R | | | 573 職種級別 | 572 | 口数 | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | 申込住所と同じ VBT <input checked="" type="checkbox"/> | H41 カナ L68 漢字 | 満 才 | 男 ₁ 女 ₂ | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑩ | カナ(注1) | 312※職種コード(注1) | 300 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| | J04 カナ | L67 漢字 | 323生年月日 大正T 昭和S 平成H 令和R | | | 573 職種級別 | 572 | 口数 | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |

DAN会員様は①を選択してください

口数は1口です

2枚目の「職種コード」「職種名」をご記入ください

青の太線内は該当する場合にご記入ください
(緑の太線内は必須記入項目となります)

331 特記事項

同種の危険を補償する他の保険契約等(被保険者が同一であり、GK ケガの保険、団体総合生活補償保険等の身体ケガに対して保険金が支払われる他の保険契約等)をい、積立保険を含みます。が「あり」の場合、「あり」に○印のうえ、必ず被保険者ご本人ごとに、下欄にご記入ください。(ご記入のない場合、「なし」と回答したことになります。)

(注) 他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。

被保険者氏名 傷害死亡・後遺障害 保険金日額 傷害入院 保険金日額 傷害通院 保険金日額

被保険者氏名 (合計) 万円 (合計) 万円 (合計) 万円

◆団体との関係
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

保険金請求歴 (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。 (あり)

| 被保険者氏名 | 会社名 | 回数 | 合計金額 |
|--------|-----|----|------|
| | | 回 | 円 |
| | | 回 | 円 |
| | | 回 | 円 |

350 合計保険料(分割払の場合は1回分)

円

加入される全被保険者の保険料の合計をご記入ください。

受付日(社内使用欄)

令和 年 月 日

令和1年10月1日以降始期契約に使用

意向チェックシート 兼 加入内容確認書

1 お申込みにあたってのご意向確認チェックシート

このシートは、ご案内した保険商品がお客さまのご意向に沿った商品(補償)であるかをご確認いただくためのものです。ご加入者に確認・説明のうえ、補記・訂正させていただくことがあります。この場合、募集人が特記事項欄に記入します。

① パンフレット等掲載の「補償の分野の一覧表」でプラン等をご確認ください。

下記は見本です。団体ごとに募集している商品が異なりますので、配布しているパンフレット等でご確認ください。

【補償の分野の一覧表(見本)】

| ご案内する加入プラン等の名称 | | 補償の分野 |
|----------------|---|--|
| A、B、C、D | ○ | ケガにより死亡された場合、入院・通院された場合等に補償する保険 (注) 病気により死亡された場合、入院・通院された場合の補償はありません。 |
| 該当のプランはありません。 | — | ケガにより死亡された場合、ケガや病気により入院・通院された場合等に補償する保険 |
| 該当のプランはありません。 | — | ケガや病気により働けなくなった場合の収入等を補償する保険 |
| 該当のプランはありません。 | — | 日常生活に起因する事故または特定の運動(例: ゴルフ)等に起因する事故による賠償責任等を補償する保険 |

② STEP1 から STEP3 までをご確認のうえ、ご確認欄にチェックしてください。

| | | |
|-------|---|--|
| STEP1 | 当社で把握(一部推定を含む場合があります)しましたお客さまのご意向は「補償の分野の一覧表」の「補償の分野」に「○」のある補償です。この補償は、お客さまにとってご興味(ご意向)のある商品でしたか? * 「いいえ」となる場合はお申込みできません。(注) | ご確認欄 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| STEP2 | パンフレット等をご覧いただき、ご案内の商品の内容をご確認いただきましたか? * 「いいえ」となる場合はお申込みできません。(注) | ご確認欄 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| STEP3 | パンフレット等をご確認いただいた後のこの補償に対するご意向はSTEP1と比較して、一致していますか? * 「いいえ」となる場合はお申込みできません。(注) | ご確認欄 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |

(注) 詳しいご説明をさせていただきますので、取扱代理店(募集人)までお問い合わせください。

③ 上記のすべてが「はい」の場合、お申込手続き(加入申込票等の記入)におすすみください。

2 ご加入内容確認事項(ご意向の確認)

このシートは、ご加入の内容がお客さまの最終的なご意向にあっているかについてご確認いただくためのものです。

④ 加入申込票等を記入した後にご確認のうえ、ご確認欄にチェックしてください。

「STEP2に記載されているもの以外のご希望」や「補償内容・保険金額・保険期間・保険料等について強く希望される事項」がございましたら、ご提案内容の見直しを行いますので取扱代理店(募集人)にお問い合わせください。

| | | | | | | | | |
|---|---|--|---|----------------------------|--|--------------------|--|--|
| STEP4 | お選びいただいた加入プランの「補償の分野」がお客さまのご意向に沿ったものであることをご確認ください。 * 各プランの「補償の分野の一覧表」は左表でご確認ください。 | ご確認欄 <input type="checkbox"/> 確認しました | | | | | | |
| STEP5 | 被保険者の氏名、生年月日、年齢、性別等は、加入申込票等に記載のとおりで間違いございませんか? * 「いいえ」となる場合はお申込みできません。 | ご確認欄 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | | | | | | |
| STEP6 | 他の保険契約等は、加入申込票等に記載のとおりで間違いございませんか? また、健康状況告知が必要な場合の「被保険者の健康状況に関する質問事項(健康状況告知質問事項)」への回答は加入申込票等に記載のとおりで間違いございませんか? * 「いいえ」となる場合はお申込みできません。 | ご確認欄 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | | | | | | |
| STEP7 | 補償内容、保険金額、保険料、保険期間、保険料払込方法は、加入申込票・パンフレット等に記載のとおりで間違いございませんか? * 「いいえ」となる場合はお申込みできません。 | ご確認欄 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | | | | | | |
| STEP8 | ご提案の保険商品は今回の検討プロセスを経て、お客さまご自身が確認された「最終的なご意向」に沿ったものとなっておりますか? * 「いいえ」となる場合はお申込みできません。 | ご確認欄 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | | | | | | |
| <table border="1"> <tbody> <tr> <td>お客さまご署名欄</td> <td>今回提案された商品は意向に沿ったものであり、本書面の記載内容を確認のうえ了解しました。</td> </tr> <tr> <td>(カナ) 必ずフリガナをご記入ください X9M</td> <td></td> </tr> <tr> <td>(漢字) フルネームでご署名ください</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | | お客さまご署名欄 | 今回提案された商品は意向に沿ったものであり、本書面の記載内容を確認のうえ了解しました。 | (カナ) 必ずフリガナをご記入ください X9M | | (漢字) フルネームでご署名ください | | |
| お客さまご署名欄 | 今回提案された商品は意向に沿ったものであり、本書面の記載内容を確認のうえ了解しました。 | | | | | | | |
| (カナ) 必ずフリガナをご記入ください X9M | | | | | | | | |
| (漢字) フルネームでご署名ください | | | | | | | | |

<会社使用欄>

| | | | | |
|------|-------------------------------|-------|------|--------|
| 募集人名 | | | | |
| 特記事項 | (ご意向を満たしていない部分がある場合等には募集人が記入) | | | |
| | 代表証券番号 | 加入者番号 | 社員番号 | 旧加入者番号 |
| | | | | 旧加入者識別 |