

三井物産グループ団体長期障害所得補償保険 (GLTD) 加入申込票 兼 健康状況告知書

センター送付

000 AAA 020 994

PRO6 03 20 23 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。

保険期間
平成 30 年 03 月 01 日から 平成 31 年 03 月 01 日まで

住所 317 (カタカナ)
〒 ー ー
012

申込人名 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

メッセージ

団体長期障害所得補償保険

加入申込日 010 平成 年 月 日

社番 員号 017
電番 話号 011
生年 月日 980 (T)大正 (S)昭和 (H)平成 性 別 982 (1)男 (2)女

手続区分 下記のいずれかに○をしてください

<input type="radio"/>	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。
<input type="radio"/>	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]	→	ご署名のうえ、ご提出ください。
<input type="radio"/>	継続加入しない	→	ご署名のうえ、ご提出不要です。

内容を変更せず継続する場合は、ご提出不要です。

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 宛 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。

GLTD・定額型	J04 カタカナで記入	加入セット	20/D2
390	氏名	300	健康状況告知書質問事項回答欄 最終頁の質問事項に正確にご回答ください。
1	生年 月日 323 ※ (S)昭和 (H)平成 年 月 日	セット名	質問① 質問② 該当疾病 特定疾病対象外欄 (お引受可否)
	年 令 303 ※ ◎ 満 才		L53 はい (1) L54 はい (1) L27 A欄 (1) B欄 (2) → L45 疾病コード (B欄の場合のみ記入) 562 疾病・症状名 (カタカナ) (R0の場合のみ記入)
	性 別 302 ※ (1)男 (2)女 団体との関係 L18 ◆	572 ①	※ 告知者ご署名欄 (注1)をご確認のうえ、必ず被保険者ご本人がフルネームでご署名ください。 LW8 (告知日) H 年 月 日 (自 署)

提出先・お問合せ先

<提出先>
貴社ご担当窓口もしくは三井物産インシュアランス(株)
(ご提出方法は各企業様にて異なります)
<お問合せ先>
0120-744-767
●内容を変更せず継続する場合は、提出不要です。

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必ずおこなう特重要な事項(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。)

●「◆」団体との関係について下記該当の数字(いずれか1つ)をご記入下さい。
・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 他の保険契約がある場合は、こちらをご確認のうえご記入ください。

同種の危険を補償する他の保険契約等(所得補償保険、団体長期障害所得補償保険等)をいいます。がありますか。
(注)他の保険会社等における契約、共済契約、生命保険契約等を含みます。
※ 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。)

前年合計保険料(1回分) 円 R50 合計保険料(1回分) 円 L65 受付日 平成 年 月 日

331 特記事項

計上用

STEP 3 表面のSTEP3で「あり」と回答している場合はご記入ください。

※他の保険契約等

被保険者氏名	保険種類	所得補償保険金額（月額）
		万円
		万円
		万円

（ご注意）上記では記入欄が不足する場合には、取扱代理店または引受保険会社にお申し出ください。

保険金請求歴

被保険者氏名	会社名	回数	合計金額
		回	円
		回	円
		回	円

（ご注意）上記では記入欄が不足する場合には、取扱代理店または引受保険会社にお申し出ください。