

団体保険 被保険者告知書

団体記入欄	団体番号	-	保険契約者(団体名)
	結合番号		
	事業所番号		
	被保険者番号		保険種類

▲今回申込みをされる保険種類に、√点(チェック)をつけてください。

被保険者ご本人記入欄

<p>大樹生命保険株式会社 宛</p> <p>団体保険契約への加入に関し、「告知に関する重要事項」の記載内容を承知のうえ同意し、以下の通り告知します。この告知内容が事実と相違した場合は、契約を解除されても異議を申しません。 また、個人情報の取扱いについて、通知・配布された説明資料等の記載内容を承知のうえ同意します。</p>	告知日(記入日)	年	月	日	
	フリガナ				
	被保険者名(告知者)	(自署)	印		
	生年月日	(和暦)	年	月	日生
	性別	男() 女()	家族区分	本人() 配偶者() 子ども()	
親権者名(連署)	(被保険者が満15歳未満のときは、連署ください。)	印			

告知事項

下記告知事項にあてはまる場合は「ある」に、あてはまらない場合は「ない」に○をしてください。項目2・3は、ご加入の保険種類に該当する質問事項について告知してください。

1	告知日から過去3ヵ月以内に、医師・歯科医師の治療(指示・指導を含みます)・薬の処方を受けたことがありますか。 ※虫歯は除きます。	ある	ない
2	告知日から過去1年(集団扱定期保険は3年、医療保障保険は5年)以内に、病気やけがで手術を受けたこと、または継続して2週間以上の入院をしたことがありますか。 ※検査入院、内視鏡手術、レーザー治療、ファイバースコープ・カテーテル術を含み、正常分娩・人工妊娠中絶・虫垂炎手術・虫歯は除きます。	ある	ない
3	告知日から過去1年(集団扱定期保険は3年、医療保障保険は5年)以内に、病気やけがで2週間以上の期間にわたる医師・歯科医師の治療(指示・指導を含みます)、あるいは2週間分以上の薬の処方を受けたことがありますか。 ※検査入院、内視鏡手術、レーザー治療、ファイバースコープ・カテーテル術を含み、正常分娩・人工妊娠中絶・虫垂炎手術・虫歯は除きます。	ある	ない
4	告知日現在、視力・聴力・言語・物をかんたんに飲む機能が障がい、または手・足・指の欠損や運動・機能障がいがありますか。あるいは以下に該当する人工臓器などを装着していますか。 ※人工臓器…心臓ペースメーカー、心臓除細動器、心臓弁、ステント、人工関節、人工血管、人工肛門、人工膀胱、胃瘻造設 ※視力障がいについては、左右いずれかの矯正視力が0.1以下の場合に「ある」としてください。	ある	ない

上記告知事項(1~4)のうち、ひとつでも「ある」に○印をつけた方は、以下の欄に記入してください。

病気やけがの名前 (部位も明記) 検査名	年 月 ~ 年 月 まで		
診療・検査・治療の期間	医療機関名		
治療内容 (該当するものに全て○)	服薬 → (薬名または種類名)		
	手術 → (開腹) (内視鏡) → 内容:		
	入院 → (入院期間) 年 月 ~ 年 月 まで [日間]		
	検査 (通院) (注射・点滴) (放射線治療) (その他の治療) ()		
経過・検査結果 (該当するものに○)	完治 → (完治年月) 年 月 ※医師の判断による完治日		
	検査中 (治療中) (経過観察中) (異常なし) (治療・検査の中止または未実施)		
※血圧治療(服薬)中の場合は記入してください。	血圧値 = 最高 mmHg	最低 mmHg	

被保険者ご自身が、告知日(記入日)現在の状況について、ありのままをもれなく正確に記入してください。ありのままをもれなく告知されない場合、または、告知内容が万一事実と相違している場合、ご契約の継続や保険金・給付金などのお支払いができないことがあります。

健康状態・病歴等に関する個人情報の取扱いについて(生命保険会社からのお知らせ) この被保険者告知書に記載いただきます健康状態・病歴等に関する情報は、保険契約者(団体)が取得し、保険契約者(団体)から提供を受けます。当該情報は、保健医療等の機微(センシティブ)情報として、保険業法施行規則により、保険業の適切な業務運営の確保その他必要と認められる目的に利用目的が限定されています。また、これらの当該情報については、特に保護を必要とする情報として厳重に管理し、限定されている目的以外では利用いたしません。	保険会社使用欄	本店受付
---	---------	------

団体保険 被保険者告知書 記入要領

<総合福祉団体定期保険、団体定期保険(生命共済)、医療保障保険(団体型)、疾病入院・手術保障特約付集団扱定期保険>

告知に関する重要事項

以下の事項は、加入申込者ご本人に正しく告知いただくため重要なことについて記載しております。告知を行う前に必ずご確認ください。告知書は重要な書類であるため、申込者ご自身で必ず写しをとり、保管してください。

- 健康状態について、加入申込者ご本人が有るのままを告知してください(告知義務)。**
現在および過去の健康状態等について、ありのままをお知らせいただくことを告知といい、加入申込者ご本人には告知をしていただく義務があります。生命保険は、多数の人々が保険料を出しあって、相互に保障しあう制度です。したがって、初めから健康状態の良くない方等が無条件に加入された場合、保険料負担の公平性が保たれません。ご加入のお申込みにあたっては、過去の傷病歴、現在の健康状態、身体の障がい状態等について「告知書」で当社がおたずねすることについて、事実をありのままに正確にもれなくお知らせ(告知)ください。また、告知に関する各重要事項につきまして、同時に加入される配偶者や子どもがいる場合には、全員が内容をご確認いただきますようお願いいたします。
- 生命保険会社の職員・保険契約者等の職員等へお話しただいても告知したことになりません。**
生命保険会社の職員(営業職員・コールセンター担当者等)・保険契約者等の職員等は告知を受領する権利がなく、口頭でお話しされても告知していただいたことにはなりません。告知をされる場合は、指定された書面をご提出ください。
- 傷病歴があった場合にも、全てのお申込みをお断りするものではありません。**
当社では、ご契約者間の公平性を保つため、加入申込者のお身体の状態すなわち保険金等のお支払いが発生するリスクに応じた引受対応を行っております。お申込みをお断りすることもございますが、傷病歴等がある方を全てお断りするものではありませんので、ありのままを正確に告知してください。
- 告知義務に違反された場合、ご契約を解除させていただき、保険金をお支払いできないことがあります。**
告知いただくことがら、告知書に記載してあります。もし、これらについて、故意または重大な過失によって、事実を告知されなかったり、事実と違うことを告知された場合「告知義務違反」としてご契約が解除されることがあり、保険金が支払われない場合があります。また、既に払い込まれた保険料については、返金されない場合があります。
※なお、上記の場合以外にも、ご加入時の状況等により、保険金が支払われない場合があります。
例えば、「現在の医療水準では治療が困難または死亡危険の極めて高い疾患の既往症・現症等について故意に告知をされなかった場合」等、告知義務違反の内容が特に重大な場合、詐欺による取消しを理由として、保険金をお支払いできないことがあります。告知義務違反による解除の対象外となる1年経過後にも取消しとなる場合があります。また、取消しとなった場合には既に払い込まれた保険料については返金されません。

- 記入にあたっては、被保険者ご本人が有るのままを正確にもれなくボールペンで記入してください。
- 被保険者がお子さまで、満15歳未満の場合は、主たる被保険者(親権者)が親権者名欄に署名のうえ、全ての項目を記入してください。続柄は、被保険者から見た続柄(父・母)を記入してください。
- 記入漏れ等の場合、再度告知をお願いしたり、加入日が変更となることがあります。

告知日欄は、この告知書を記入した日付を記入してください。(日付印は使用しないでください。)

告知事項1~4の質問に対し、「ある」・「ない」のいずれかを○で囲んでください。

誤って記入された場合は、二重線で抹消し、正しい内容を記入してください。なお、訂正箇所には訂正印を押印してください。

1. 「治療(指示・指導を含みます)」とは医師・歯科医師の診察・検査を受けた結果、再検査をすすめられること、治療・入院・手術をすすめられること、日常生活指導・勤務上の制限・アドバイス等を受けることをいいます。

2. 「2週間以上の期間にわたる」とは病气やけがで、医師・歯科医師の検査・治療(指示・指導を含みます)を受け、転医、転科を含め、初診から終診までの継続治療期間で、医師・歯科医師の管理下にあった期間をいいます。(実際の診療日数ではありません。)

「ある」にひとつでも○印をつけた方は、病气やけがの名前(部位も明記)・検査名を記入のうえ、すべての項目をれなく記入してください。また、血圧治療(服薬)中の場合は、血圧値(最高/最低)を必ず記入してください。

団体記入欄	団体番号	123456-7	保険契約者(団体名)	大樹産業株式会社 代表取締役社長 大手町 一郎
	結合番号	00001		
	事業所番号			
	被保険者番号	020925	保険種類	<input type="checkbox"/> 総合福祉団体定期保険 <input checked="" type="checkbox"/> 団体定期保険(生命共済制度) <input type="checkbox"/> 医療保障保険(団体型) <input type="checkbox"/> 疾病入院・手術保障特約付集団扱定期保険

被保険者ご本人記入欄	
告知日(記入日)	2019年9月9日
フリガナ	タイジュ タロウ
被保険者名(告知者)	(自署) 大樹 太郎 (印)
生年月日	(和暦) 平成 3年 12月 1日生
性別	(男) (女) 家族区分 (本人) (配偶者) (子ども)
親権者名(連署)	(印)

告知事項		
下記告知事項にあてはまる場合は「ある」に、あてはまらない場合は「ない」に○をしてください。項目2・3は、ご加入の保険種類に該当する質問事項について告知してください。		
1	告知日から過去3カ月以内に、医師・歯科医師の治療(指示・指導を含みます)・薬の処方を受けたことがありますか。 ※虫歯は除きます。	ある (○) ない ()
2	告知日から過去1年(集団扱定期保険は3年、医療保障保険は5年)以内に、病气やけがで手術を受けたこと、または継続して2週間以上の入院をしたことがありますか。 ※検査入院、内視鏡手術、レーザー治療、ファイバースコープ、カテーテル術を含み、正常分娩・人工妊娠中絶・虫歯治療・虫歯は除きます。	ある (○) ない ()
3	告知日から過去1年(集団扱定期保険は3年、医療保障保険は5年)以内に、病气やけがで2週間以上の期間にわたる医師・歯科医師の治療(指示・指導を含みます)・あるいは2週間以上の薬の処方を受けたことがありますか。 ※検査入院、内視鏡手術、レーザー治療、ファイバースコープ、カテーテル術を含み、正常分娩・人工妊娠中絶・虫歯治療・虫歯は除きます。	ある (○) ない ()
4	告知日現在、視力・聴力・言語・物をかんだり飲む機能に障がい、または手・足・指の欠損や運動・機能障がいがありますか。あるいは以下に該当する人工臓器などを装着していますか。 ※人工臓器…心臓ペースメーカー、心臓除動器、心臓弁、ステント、人工関節、人工血管、人工肺門、人工膀胱、胃瘻造設 ※視力障がいについては、左右いずれかの矯正視力が0.1以下の場合に「ある」としてください。	ある () ない (○)

上記告知事項(1~4)のうち、ひとつでも「ある」に○印をつけた方は、以下の欄に記入してください。

病气やけがの名前(部位も明記) 検査名	①鎖骨骨折 ②高血圧症
診察・検査・治療の期間	① 2019年6月~ 2019年7月まで ② 2019年8月~
医療機関名	かしわ東上病院
治療内容(該当するものに全て○)	② 服薬 → (薬名または種類名) ○○○○ ① 手術 → (開腹) (内視鏡) → 内容: 鎖骨骨折接合術 ① 入院 → (入院期間) 2019年6月~2019年7月まで [10 日間] (検査) ② 通院 (注射・点滴) (放射線治療) (その他の治療) ()
経過・検査結果(該当するものに○)	① 完治 → (完治年月) 2019年7月 ※医師の判断による完治日 (検査中) ② 治療中 (経過観察中) (異常なし) (治療・検査の中止または未実施)
※血圧治療(服薬)中の場合は記入してください。	血圧値=最高 140 mmHg 最低 90 mmHg

○別添の告知書は、1枚目の「大樹生命提出用」を団体担当部署に提出してください。また、2枚目の「被保険者控」は、ご本人控として大切に保管してください。

告知に関する重要事項

以下の事項は、加入申込者ご本人に正しく告知いただくため重要なことごとについて記載しております。告知を行う前に必ずご確認ください。告知書は重要な書類であるため、申込者ご自身で必ず写しをとり、保管してください。

- 健康状態について、加入申込者ご本人がありのままを告知してください（告知義務）。**
 現在および過去の健康状態等について、ありのままをお知らせいただくことを告知といい、加入申込者ご本人には告知をしていただく義務があります。生命保険は、多数の人々が保険料を出しあって、相互に保障しあう制度です。したがって、初めから健康状態の良くない方等が無条件に加入された場合、保険料負担の公平性が保たれません。ご加入のお申込みにあたっては、過去の傷病歴、現在の健康状態、身体の障がい状態等について「告知書」で当社がおたずねすることについて、事実をありのままに正確にもれなくお知らせ（告知）ください。また、告知に関する各重要事項につきまして、同時に加入される配偶者や子どもがいる場合には、全員が内容をご確認いただきますようお願いいたします。
- 生命保険会社の職員・保険契約者等の職員等へお話しいただいても告知したことになりません。**
 生命保険会社の職員（営業職員・コールセンター担当者等）・保険契約者等の職員等は告知を受領する権利がなく、口頭でお話しされても告知していただいたことにはなりません。告知をされる場合は、指定された書面をご提出ください。
- 傷病歴があった場合にも、全てのお申込みをお断りするものではありません。**
 当社では、ご契約者間の公平性を保つため、加入申込者のお身体の状態すなわち保険金等のお支払いが発生するリスクに応じた引受対応を行っております。お申込みをお断りすることもございますが、傷病歴等がある方を全てお断りするものではありませんので、ありのままを正確に告知してください。
- 告知義務に違反された場合、ご契約を解除させていただき、保険金をお支払いできないことがあります。**
 告知いただくことからは、告知書に記載してあります。もし、これらについて、故意または重大な過失によって、事実を告知されなかったり、事実と違うことを告知された場合「告知義務違反」としてご契約が解除されることがあり、保険金がお支払されない場合があります。また、既に払い込まれた保険料については、返金されない場合があります。
 ※なお、上記の場合以外にも、ご加入時の状況等により、保険金がお支払されない場合があります。例えば、「現在の医療水準では治療が困難または死亡危険の極めて高い疾患の既往症・現症等について故意に告知をされなかった場合」等、告知義務違反の内容が特に重大な場合、詐欺による取消しを理由として、保険金をお支払いできないことがあります。この場合、責任開始日からの年数は問いません。（告知義務違反による解除の対象外となる1年経過後にも取消しとなる場合があります。また、取消しとなった場合には既に払い込まれた保険料については返金されません。）

【期間】	〇月 〇日	～	〇月 〇日	【期間】	〇月 〇日	～	〇月 〇日	【期間】	〇月 〇日	～	〇月 〇日
〇月 〇日	〇月 〇日	〇月 〇日	〇月 〇日	〇月 〇日	〇月 〇日	〇月 〇日	〇月 〇日	〇月 〇日	〇月 〇日	〇月 〇日	〇月 〇日
〇月 〇日	〇月 〇日	〇月 〇日	〇月 〇日	〇月 〇日	〇月 〇日	〇月 〇日	〇月 〇日	〇月 〇日	〇月 〇日	〇月 〇日	〇月 〇日