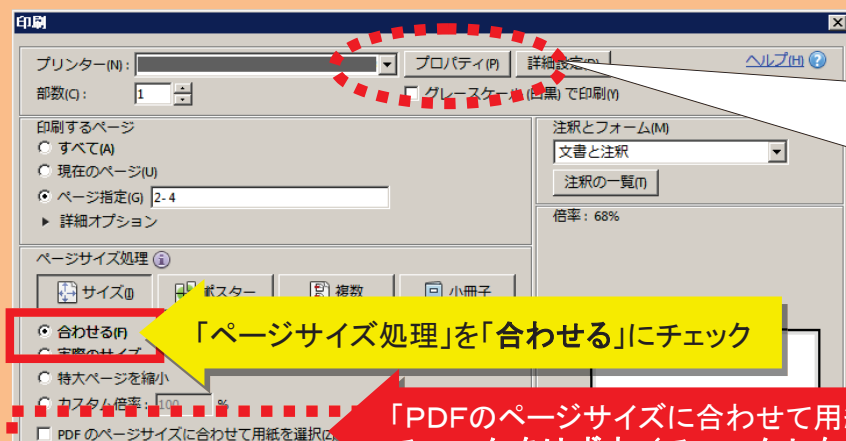


拡大・縮小印刷不可

本帳票は **A4** サイズで印刷してください。

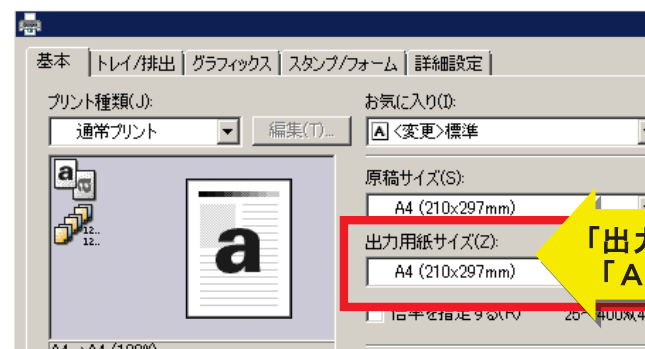
<印刷設定画面（例）>



「ページサイズ処理」を「合わせる」にチェック

「PDFのページサイズに合わせて用紙を選択」の
チェックをはずす（チェックしない）

<プロパティ>



「出力用紙サイズ」を
「A4」に設定

2019年10月1日以降始期用

！ご注意！

- 「重要事項のご説明」を印刷（または別途用意）して交付
保険契約の締結または既契約を更改する場合には、必ず「重要事項のご説明」を使用して情報提供を行ってください。
- 申込書類をコピーして「お客さま控」として交付
申込書類はお客さまの意向を確認した書面になるため、必ず「お客さま控」を交付してください。

MS&AD 三井住友海上 団体総合生活補償保険加入申込票 兼 健康状況告知書(標準型以外)(複数名型)

(注)個賠型を含みます。

RC59 03 88 LF 354 ④

※印の項目は、ご契約に際して引受保険会社がわざわざ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。

(ご記入にあたって)

- 1. ◎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。)
2. 職種コードは裏面をご参照ください。
3. 職業名・職種名はカナで濁点・半濁点を含めて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。)
4. 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。

代表証券番号

申込人(加入者) 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 013 漢字 014 カナ 氏名 015 フルネームでご署名ください。(漢字) 016 自署 017 生年月日 (天正)T (昭和)S (平成)H (令和)R 018 所属名カナ 019 所属コード 017 社員番号

098 加入者番号

保険期間 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで

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

099 前契約加入者番号

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、裏面または別紙の質問事項につき正確にご回答ください。

(注1)三井住友海上火災保険株式会社 宛 裏面または別紙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、個人情報取扱に同意します(健康状況告知書ご記入のご案内)を受け取り、内容を理解しました。

※ご加入される方について下欄にご記入ください。 (申し込も) ※ご家族の方もご加入できます。(申し込まない)

390 符号 被保険者ご本人 (注2) [介護一時金支払特約]付のセットに加入される場合、[介護一時金支払特約]の特約被保険者は、本欄記載の方となります。(注3)被保険者の住所・氏名が申込人(加入者)と異なる場合は、住所はカナで、氏名はカナ・漢字の両方を必ずご記入ください。

1 住所 申込人住所と同じ H41 カナ 014 カナ 015 漢字 576 職業名・職種名カナ 572 口数

2 住所 申込人住所と同じ H41 カナ 014 カナ 015 漢字 576 職業名・職種名カナ 572 口数

3 住所 申込人住所と同じ H41 カナ 014 カナ 015 漢字 576 職業名・職種名カナ 572 口数

加入セット選択欄

基本セット (必選択) オプション 1 2 3 4 5

基本セット (必選択) オプション 1 2 3 4 5

基本セット (必選択) オプション 1 2 3 4 5

健康状況告知書質問事項回答欄 (お引受可)

質問1 質問2 質問3 該当疾病 5A1 506 疾病コード 507 疾病・症状名カナ (R0の場合のみ記入)

告知者ご署名欄 (注1) (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。告知時における被保険者の年齢が満15才未満の場合には、親権者のうちいずれかの方が署名してください。

告知者ご署名欄 (注1) (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。告知時における被保険者の年齢が満15才未満の場合には、親権者のうちいずれかの方が署名してください。

その他の項目(被保険者項目のみ記入可)

項目No. 内容

項目No. 内容

項目No. 内容

※他の保険契約等 被保険者氏名 傷害補償 疾病補償 賠償金額

保険金請求履歴 (注)他の保険会社等への保険金請求を含みます。 被保険者氏名 会社名 回数 合計金額

◆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

331 特記事項カナ

R50 合計保険料(分割払の場合は1回分) 加入される全被保険者の保険料の合計を記入してください。 受付日(社内使用欄)

令和1年10月1日以降始期契約に使用

団体総合生活補償保険 (MS & AD型) 健康状況告知書質問事項

ご回答は加入申込票の「健康状況告知書質問事項回答欄」、「特定疾病対象外欄」にご記入ください。

- 「健康状況告知書」をご記入のご案内をご覧ください。
●「団体総合生活補償保険 (MS & AD型)」にお申し込みいただく際には、下記の質問事項につき正確にご回答ください。
●下記の質問事項には、被保険者(補償の対象者)ご自身がお答えください。
(※)告知時における被保険者の年齢が満15才未満の場合には、親権者のうちのいずれかの方がお答えください。
●下表に記載がある傷害や疾病については下記質問1および質問2に関する告知は不要です。

<告知対象外となる傷害・疾病一覧>

Table with 2 columns: 告知対象外となる傷害・疾病 (告知しないもの), 現在治療中でも告知しなくてよいもの, 現在医師から次回通院、入院、手術、再検査等を指示されていない告知しなくてよいもの

質問1: 過去3か月以内に、医師の診察・検査・治療・投薬を受けたことがありますか。
質問2: 次のいずれかに該当しますか。
(1)過去3年以内に、病気またはケガにより、医師による手術、または初診から終診(※2)までの期間が14日以上となる医師の診察・検査・治療・投薬を受けたことがある。
(2)これまで、医師に悪性新生物(がん)(※2)と診断されたことがある。
(注1) 終診とは、医師から次回通院、入院、手術、再検査や投薬等の指示をされなくなったことをいいます。
(注2) 上記1、2のいずれかについては、医師に悪性新生物(がん)(※2)と診断されたことがある。

はい
質問1または質問2のいずれか1つでも「はい」がある方は、右記の「疾病・症状一覧表」の中で、該当する疾病・症状をご選択ください。
<選択された疾病・症状がA欄の疾病・症状に該当する場合>お引渡できません。
<選択された疾病・症状がB欄の疾病・症状に該当する場合>特定の疾病・症状群について保険金をお支払いしない条件でお引渡します。
・加入申込票の「該当疾病」欄の「B欄」に○印のうえ、該当する疾病コードを「特定疾病対象外欄」にご記入ください。
(1)このコードに属するA・B欄すべての疾病・症状(注2)
(2)上記①と医学上因果関係がある疾病・症状(注3)

質問3: 満16才以上の女性のみお答えください。現在、妊娠していますか。

はい
質問3に対する回答が「はい」の場合、「疾病・症状一覧表」の妊娠・出産にかかるとの告知日時点における妊娠によるもの、およびこれと医学上因果関係がある疾病・症状(注3)については保険金をお支払いしない条件でお引渡します。
・「特定疾病対象外欄」に「Q2」をご記入ください。

注1 疾病・症状名が判明しない場合は、疾病・症状名が判明するまではお引渡を見合わせさせていただきます。
注2 (例)不整脈による受診歴のため疾病コード A0を特定疾病対象外欄にご記入して加入された方が、心筋梗塞になった場合、保険金をお支払いしません。
注3 (例)疾病コード A2を特定疾病対象外欄にご記入して加入された方が、心筋梗塞(疾病コード A0)になり、この心筋梗塞と疾病コード A2に属する病気(高血圧症など)の間に医学上因果関係がある場合、保険金をお支払いしません。

<ご注意、特定疾病対象外欄への対象外となる疾病・症状等の記載の有無にかかわらず、普通保険約款およびセレクトされる特約により保険金をお支払いできない場合があります。詳細は募集パンフレットをご確認ください。>

特定の疾病・症状群について保険金をお支払いしない条件でご加入されているお客さまへ
継続時に、あらためて健康状況の告知を行うことにより、新たな告知内容に応じた条件で継続加入いただくことができます。
【ご注意】
●現在の健康状況等によっては、継続加入できなかったり、保険金をお支払いしない疾病・症状群が追加・変更されたりすることがあります。
●新たな告知内容に応じた条件で継続いただいた場合でも、保険金のお支払額は、発病時点の保険契約の条件で算出した金額となります。
●保険期間の途中で特定の疾病・症状群について保険金をお支払いしない条件の削除・変更を行うことはできません。

疾病・症状一覧表

加入申込票の「特定疾病対象外欄」に記載いただく疾病コードに属する疾病・症状は下表のとおりです。

Table with 3 columns: 分類, 疾病・症状, A欄, B欄. Categories include 循環器系等の疾患, 消化器系の疾患, 呼吸器系の疾患, 泌尿器・生殖器系の疾患, 内分泌系の疾患, 血液・造血器系の疾患, 感染・寄生虫症, 神経・感覚器系の疾患, 筋・骨格系の疾患, 外傷後遺症, 皮膚の疾患, 新生物, 職業病, 精神障害, 妊娠・出産にかかるとの疾患.

職種コード一覧

Table with 3 columns: 職種コード, 職業名・職種名, 職業名・職種名(カナ). Categories include 技術者, 教員, 保健医療従事者, 芸術家・芸能家, 職業スポーツ家, 事務従事者, 販売従事者, 農林業従事者, 漁業従事者, 探鉱・採石従事者, 自動車運転者, 船舶関係従事者, 航空機関係従事者, 通信従事者, 金属製造加工従事者, 電気機械器具組立・修理従事者, 輸送機械組立・修理従事者, 計器・光学機械器具組立・修理従事者, その他の機械組立・修理従事者, 製糸・紡織従事者, 裁断・縫製従事者, 木・竹・草・つる製品製造従事者, パルプ・紙・紙製品製造従事者, 印刷・製本従事者, ゴム・プラスチック製品製造従事者, 革・革製品製造従事者, 窯業・土石製品製造従事者, 食料品製造従事者, 化学製品製造従事者, 建設従事者, 設置機関・機械および建設機械運転従事者, 電気従事者, その他の技能工・生産工程従事者, 保安職業従事者, サービス職業従事者, 有職者以外(主婦・学生等).

(注1) 自動車(二輪自動車(オートバイ)を除きます。)を用いて配達・宅配作業に従事する場合は、職種コード51に該当します。
(注2) 自動車(二輪自動車(オートバイ)を除きます。)を用いて郵便物・電報の集配作業に従事する場合は、職種コード51に該当します。

(注) [Q1]は質問1または質問2の該当する場合に、[Q2]は質問3に該当する場合に、それぞれご記入ください。
(注) [上記の疾病・症状「はい」を選択する疾病・症状がない場合]
加入申込票の「特定疾病対象外欄」の「疾病・症状」欄に「疾病コード」[R0]および具体的な「疾病・症状名(カタカナ)」をご記入ください。ご記入された疾病・症状およびご記入された「疾病・症状」に医学上因果関係がある疾病・症状について保険金をお支払いしない条件でお引渡します。
なお、上記の疾病・症状一覧表に該当する疾病・症状がある場合は、必ず、上記の疾病・症状一覧表の該当する疾病・症状を選択してください。
(例)「肺炎」の場合、具体的な疾病・症状名は記入せず、「肺炎」が区分される疾病コード「C0」を選択し、記入します。