

三井物産(株)「スーパー所得補償保険」加入申込票 兼 健康状況告知書

メッセージ

所得補償保険
団体長期障害所得補償保険

センター送付

000 AAA 020 994
PR06 03 - 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。

住所	317 (カタカナ) 〒 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

加入申込日	010 平成 年 月 日
社員番号	017
電話番号	011
生年月日	980 (T)大正 (S)昭和 (H)平成 性 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]	→
<input type="radio"/> 継続加入しない	→ ご署名のうえ、ご提出ください。

内容を変更せず継続する場合は、ご提出不要です。

保険期間	
平成 30 年 03 月 01 日	から
平成 31 年 03 月 01 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 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。

1. 1年補償コース 20/D1

390	J04 カタカナで記入	加入セット	※ 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。
氏名			質問① 質問② 該当疾病 特定疾病対象外欄(お引受可否)
生年月日	323 ※ (S)昭和 (H)平成 年 月 日		L53 はい L54 はい L27 A欄 お引受できません
年令	303 ※ ◎ 満 才 性別 (1)男 (2)女		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)
職業・職種名	576 ※ カタカナで記入		※ 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。
職種コード	312 ※ 職種 573 団体との関係 L18 ◆		LW8 (告知日) H 年 月 日 (自 署)

2. 長期休業補償コース 20/D2

390	J04 カタカナで記入	加入セット	※ 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。
氏名			質問① 質問② 該当疾病 特定疾病対象外欄(お引受可否)
生年月日	323 ※ (S)昭和 (H)平成 年 月 日		L53 はい L54 はい L27 A欄 お引受できません
年令	303 ※ ◎ 満 才		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 ◆		※ 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

三井物産インシュアランス(株)
個人職域営業部

お問い合わせ先

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、最終頁の質問事項につき、正確にご回答ください。
- [◎]年令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令をご記入ください。)
- 職種コードは裏面もしくは最終頁をご参照ください。 職業名・職種名は裏面もしくは最終頁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 他の保険契約がある場合は、こちらをご確認のうえご記入ください。

331 特記事項

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。	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。 (注)他の保険会社等への保険金請求を含みます。
※ 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。)

R50 合計保険料 (一回分) 円	前年合計保険料 (一回分) 円
-------------------	-----------------

L65 受付日

平成 年 月 日

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。