

総合福祉団体定期保険／無配当総合福祉団体定期保険 被保険者加入申込書兼一括告知書

<ご加入のお申込みにあたって>

1. ご加入者への通知および加入同意の確認が必要です。

ご契約者さまより、被保険者となる方に対して「総合福祉団体定期保険についてのお知らせ」（以下「お知らせ」）等の通知文書等にてご契約内容および個人情報の取扱いについてご通知ください。

ご加入に同意いただける場合は、被保険者加入申込書兼一括告知書（以下「当帳票」）に記名されたものに、被保険者ご本人が押印ください。

ただし、ヒューマン・ヴァリュー特約を付加していない契約で、所属員（従業員、会員（組合員）など）代表による包括しての同意確認を行う場合には、当帳票への被保険者個別の同意印は不要です。別途提出いただく書類に所属員代表の方が署名・押印ください。

ご加入に不同意の方がいる場合は、不同意者名簿をご提出ください。

2. 当帳票のほかにご提出いただく書類

- 当帳票の告知事項の「いる」に該当する方がいる場合、および被保険者が非常勤の場合
・ 総合福祉団体定期保険 団体定期保険 被保険者告知書（V7567）
- 所属員代表による包括同意確認を行った場合
・ 契約内容通知に関する確認書（V7277）
- 加入に同意されない方のいる場合
・ （無配当）総合福祉団体定期保険の「不同意者名簿」について（V7278）

<告知に関する重要事項>

1. 健康状態について、ありのままを告知してください。（告知義務）

ご加入のお申込みにあたっては、過去の傷病歴（傷病名、治療期間等）、現在の健康状態などについて「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。

2. 生命保険募集人（取扱者）へお話しただいても告知したことにはなりません。

生命保険募集人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、当被保険者加入申込書兼一括告知書および被保険者告知書に記入していただくことが必要ですのでご注意ください。

3. 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、ご契約者間またはご加入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。ご加入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。

4. 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、保険金が支払われない場合があります。

また、すでにお払込みいただいた保険料については、お返ししない場合があります。

※ 上記以外にも、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。

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、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、すでにお払込みいただいた保険料はお返しいたしません。

- 「継続して2週間以上」とは
一連の病気やけがで、医師の治療（指示・指導を含む）や投薬を受け、転医・転科を含め、初診から終診までの継続加療期間で、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。）
- 「治療（指示・指導を含む）」とは
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・投薬・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。

【記入見本および記入上のご注意】

申込日（告知日）をさかのぼる加入はお引受けできません。

記入した日をご記入ください。

総合福祉団体定期保険 無配当総合福祉団体定期保険

被保険者加入申込書兼一括告知書

FWD生命保険株式会社 御中

貴社の普通保険約款（総合福祉団体定期保険、無配当総合福祉団体定期保険、特約付のときは特約事項を含む）を承知のうえ、各被保険者に契約内容および個人情報取扱いを通知し、同意を得て下記のとおり加入を申し込みます。
この加入申込書に記載の事項および告知事項は事実と相違ありません。もし、事実と相違した場合には、契約の一部または全部を解除されても異議ありません。なお、下記被保険者は当該団体の所属員であることに相違ありません。

加入年月 西暦 **2021** 年 **12** 月 申込日（告知日） 西暦 **2021** 年 **11** 月 **2** 日

証券番号 **夕 10500000000**

保険金・給付金の受取人
主契約・災害総合保障特約 契約時または制度変更時に定めた受取人
ヒューマン・ヴァリュー特約 契約者

告知事項
① 申込日（告知日）現在、病気や傷害により休職中の方や健康上の理由で正常に就業していない方（勤務の特別取扱いを含む）はいませんか。 いない いる
② 申込日（告知日）より起算して過去1年以内に病気や傷害により継続して2週間以上欠勤または休業した方はいませんか。 いない いる

必ず「いない」または「いる」を○で囲んで告知してください。
告知事項①②のいずれかひとつでも「いる」に該当する場合、または被保険者が非常勤の方の場合は、該当の被保険者の「告知書」欄「有」を○で囲み、「被保険者告知書」を添付してください。

団体名 **〇〇商事株式会社**
代表取締役社長 **見本 太郎**

届出印

被保険者名記名押印により同意いただく場合、ご契約者による保険契約内容、個人情報の取扱いについて通知を受け、団体が保険料を負担するこの保険の被保険者となることを同意のうえ、押印ください。

事業所コード	所属コード	従業員コード	被保険者番号	区分	被保険者氏名	被保険者同意印	性別	生年月日	ランク	主契約保険金額	告知書
			右づめで記入してください	0	カナ ヒガシ ジロウ 漢字 東 二郎	東	1.男 <input checked="" type="radio"/> 3.昭和 2.女 <input type="radio"/> 4.平成	年 月 日 4 5 0 6 2 2	0 2	万円 1 5 0 0	<input checked="" type="radio"/> 有
			右づめで記入してください	0	カナ ニシ ハナコ 漢字 西 ハナコ	西	1.男 <input type="radio"/> 3.昭和 2.女 <input checked="" type="radio"/> 4.平成	年 月 日 0 9 1 2 0 3	0 5	万円 5 0 0	<input checked="" type="radio"/> 有
			右づめで記入してください	0	カナ 漢字	印	1.男 <input type="radio"/> 3.昭和 2.女 <input type="radio"/> 4.平成	年 月 日		万円	<input type="radio"/> 有
			右づめで記入してください	0	カナ 漢字	印	1.男 <input type="radio"/> 3.昭和 2.女 <input type="radio"/> 4.平成	年 月 日		万円	<input type="radio"/> 有
			右づめで記入してください	0	カナ 漢字	印	1.男 <input type="radio"/> 3.昭和 2.女 <input type="radio"/> 4.平成	年 月 日		万円	<input type="radio"/> 有

【代理店・営業店使用欄】
取扱営業店
代理店/取扱者

【生保使用欄】
本社
決議 確認 入力 受付
取扱営業店 受付

2021.11.V7291 PC

ご契約時または改印届出済の印鑑と同一印を押印してください。

ランクと保険金額は、ご契約内容をご確認のうえ、漏れなく正確に記入してください。

告知事項の「いる」に該当する被保険者の方は○で囲み、別途「被保険者告知書」に加入者本人が告知いただき、添付してください。

誤記入は二重線で抹消し、正しい内容を記入してください。届出印にて訂正印を押印してください。

ご記入をお願いした契約に限り、ご記入ください。

ご契約者様が被保険者番号を指定いただく場合は必ず記入してください。

フリガナも必ずご記入ください。なお、システム上使用できない漢字（外字）は類似の漢字に置き換えるか、またはカナ（フルネーム）で入力となりますことご了承ください。

被保険者が契約内容をご確認のうえ、ご本人が押印してください。

被保険者加入申込書兼一括告知書

加入年月 西暦 年 月

申込日 (告知日) 西暦 年 月 日

FWD生命保険株式会社 御中

貴社の普通保険約款（総合福祉団体定期保険、無配当総合福祉団体定期保険、特約付のときは特約条項を含む）を承知のうえ、各被保険者に契約内容および個人情報の取扱いを通知し、同意を得て下記のとおり加入を申し込みます。

この加入申込書に記載の事項および告知事項は事実と相違ありません。もし、事実と相違した場合には、契約の一部または全部を解除されても異議ありません。なお、下記被保険者は当該団体の所属員であることに相違ありません。

証券番号

保険金・給付金の受取人	主契約・災害総合保障特約	契約時または制度変更時に定めた受取人
	ヒューマン・ヴァリュー特約	契約者

告知事項	① 申込日（告知日）現在、病気や傷害により休職中の方や健康上の理由で正常に就業していない方（勤務の特別取扱いを含む）はいませんか。	<input type="radio"/> いない	<input type="radio"/> いる
	② 申込日（告知日）より起算して過去1年以内に病気や傷害により継続して2週間以上欠勤または休業した方はいませんか。	<input type="radio"/> いない	<input type="radio"/> いる

保険契約者	団体名	<input type="text"/>
	代表者役職名 氏名	<input type="text"/>

届出印

コード使用団体のみ記入

被保険者名記名押印により同意いただく場合、ご契約者による保険契約内容、個人情報の取扱いについて通知を受け、団体が保険料を負担するこの保険の被保険者となることを同意のうえ、押印ください。

必ず「いない」または「いる」を○で囲んで告知してください。
告知事項①②のいずれかひとつでも「いる」に該当する場合、または被保険者が非常勤の方の場合は、該当の被保険者の「告知書」欄「有」を○で囲み、「被保険者告知書」を添付してください。

事業所コード	所属コード	従業員コード	被保険者番号	区分	被保険者氏名	被保険者同意印	性別	生年月日	ランク	主契約保険金額	告知書
			右づめで記入してください	カナ		<input type="radio"/> 印	1.男 2.女	3.昭和 4.平成	年 月 日	万円	<input type="radio"/> 有
			右づめで記入してください	漢字		<input type="radio"/> 印	1.男 2.女	3.昭和 4.平成	年 月 日	万円	<input type="radio"/> 有
			右づめで記入してください	カナ		<input type="radio"/> 印	1.男 2.女	3.昭和 4.平成	年 月 日	万円	<input type="radio"/> 有
			右づめで記入してください	漢字		<input type="radio"/> 印	1.男 2.女	3.昭和 4.平成	年 月 日	万円	<input type="radio"/> 有
			右づめで記入してください	カナ		<input type="radio"/> 印	1.男 2.女	3.昭和 4.平成	年 月 日	万円	<input type="radio"/> 有
			右づめで記入してください	漢字		<input type="radio"/> 印	1.男 2.女	3.昭和 4.平成	年 月 日	万円	<input type="radio"/> 有

【代理店・営業店使用欄】

取扱営業店	<input type="text"/>
代理店/取扱者	<input type="text"/>

【生保使用欄】

本社			
決裁	確認	入力	受付
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

取扱営業店
受付