

記入する日をご記入ください。

既加入事業所の場合、あらかじめ、定められた番号（コード）をご記入ください。

ご契約時または改印届済の印鑑と同一印を押印してください。

1事業所でご提出いただく枚数をご記入ください。

団体定期保険 無配当団体定期保険 加入申込書兼告知書（事業所管理団体用）

ジブラルタ生命保険株式会社 御中

白く抜いてある項目に記入・押印ください。

ジブラルタ生命(本社) 1枚 / 1枚中

団体名 株式会社 墨田商事

代表者 代表取締役 墨田 太郎

告知事項

<健康状態の告知>

1) 最近3か月以内に医師の治療・投薬(指示・指導を含みます)を受けたことがありますか。

2) 過去1年以内に病気やけがのため手術を受けたこと、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。また、病気やけがのため2週間以上(※1)にわたり、医師の治療・投薬(※2)を受けたことがありますか。

3) 手・足の欠損または機能に障害がありますか。また、背骨(背柱)、視力、聴力、言語、もしくは機能に障害がありますか。

※1ありの場合は別途「被保険者の告知書」をご提出ください。(未成年の場合は親権者が加入同意のうえ告知してください)

※2「2週間以上」とは、転院、転科を含め初診から終診までの継続治療期間で、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)

※3「医師の治療・投薬」とは医師による診察・検査(妊娠による定期検査を含みます)・治療・投薬のほか、指示・指導を含みます。

申込日(告知日) 2012年 1月 22日

商品	ご契約番号	管理番号1	管理番号2	管理番号3	加入(変更)日(西暦)	(※)事業所申込区分
21	12345	1	2	3	20120120	1:新規 2:既加入

※事業所申込区分で「1:新規」の場合は、別途「事業所届出事項申込(変更)届」をご提出ください。

申込区分	被保険者番号 (右詰めの)	家族区分	被保険者名		性別	生年月日				申込保険金額 (万円)	保険金受取人		続柄	同意告知印 ★参照	健康状態の告知	個有無	退区分	
			(姓)	(名)		年号	年	月	日		(姓)	(名)						
1 (1)新規加入 (2)保険金変更		00	ナカムラ	ダイスケ	1男 (2女)	3昭和 (4平成)	5	0	4	2	500	ナカムラ	ヒトミ	1	中村	あり (なし)		
2 (1)新規加入 (2)保険金変更		00	マツイ	イチロウ	1男 (2女)	3昭和 (4平成)	3	7	2	8	100	マツイ	タロウ	3	松井	あり (なし)		
3 (1)新規加入 (2)保険金変更	123	00	タナカ	ハナコ	1男 (2女)	3昭和 (4平成)	4	1	8	12	800				田中	あり (なし)		
4 (1)新規加入 (2)保険金変更					1男 (2女)	3昭和 (4平成)								印	あり (なし)			
5 (1)新規加入 (2)保険金変更					1男 (2女)	3昭和 (4平成)								印	あり (なし)			

家族区分 00:本人 10:配偶者 21~39:子ども

生保会社使用欄 募集会社コード 支部・営業部コード 取扱担当者コード

受取人続柄 1:配偶者 2:子ども 3:父母 4:祖父母 5:兄弟姉妹 7:事業主

ジブラルタ生命保険株式会社 営業部門受付日 本社受付日 S企保-740(12.01)

【告知事項に該当のない方】  
「なし」を○で囲んでください。  
【告知事項に該当のある方】  
「あり」を○で囲み、別途「被保険者の告知書」をご提出ください。

被保険者が加入内容をご確認のうえ、押印してください。

「死亡保険金受取人」をご記入ください。続柄は下記コードから選択してください。なお、お申込区分が「保険金変更」の方はご記入は不要です。

被保険者番号は、記入をお願いしたご契約の場合にご記入ください。

あらかじめ定められた保険金額の中から選択の上、ご記入ください。

団体定期保険  
無配当団体定期保険

加入申込書兼告知書 (事業所管理団体用)

白く抜いてある項目に記入・押印ください。

( 枚 / 枚中)

ジブラルタ生命保険株式会社 御中

下記の「加入(変更)日」から効力が発生することを承知のうえ被保険者の同意を得て、本申込をいたします。新規加入または増額の申込者は、本保険契約の加入資格を有しており、この申込書兼告知書に記載の事項および告知した事項は、事実と相違ありません。また申込日から加入(変更)日まで健康状態に変化が生じた場合は、改めて告知をいたします。なお、こども特約の被保険者は、主契約の被保険者が扶養しており、主契約の被保険者単位で加入資格のある者は全員加入の申込みをしております。もし上記に相違した場合は、契約またはその一部が解除されても異議ありません。

★加入対象者の同意事項【同意いただける場合は「同意・告知印」欄に押印願います。】

本制度の加入勧奨資料(パンフレット)に記載の内容(契約概要・注意喚起情報を含む)を了承し、申込書記載の事項および告知欄記載の告知事項は、事実と相違ないこと、ならびに告知に際し生命保険会社の職員・代理店・団体の事務担当者から事実を告知することを妨げられたりあるいは事実と違うことを告知するように勧められたことはないことを誓約するとともに、契約内容(保障内容・保険金額等)が申込者の意向(ニーズ)に合致していることを確認のうえで申込みます。また、下記に記載の個人情報の取り扱いについて受取人とともに承知し、同意します。

《個人情報の取り扱い》-保険契約者および生命保険会社からのお知らせ-

当該保険制度の運営にあたり、保険契約者は加入対象者(被保険者)の個人情報(氏名、性別、生年月日、健康状態等)以下、個人情報を取り扱い、保険契約を締結する生命保険会社(共同取扱会社を含みます。以下同じ。)へ提出いたします。また、保険契約者は、当該保険制度の運営において入手する個人情報、事務手続きのため使用いたします。生命保険会社は受領した個人情報を、①各種保険契約の引受け・継続・維持管理、保険金・給付金等の支払、②関連会社・提携会社等を含む各種商品・サービスのご案内・提供、③契約の維持管理、④生命保険会社の業務に関する情報提供・運営管理、商品・サービスの充実、⑤その他保険に関連・付随する業務のために利用(注)し、また、保険契約者、他の生命保険会社および再保険会社上記目的の範囲内で提供します。なお、今後、個人情報に変更等が発生した際にも、引き続き保険契約者および生命保険会社においてそれぞれ上記に準じ個人情報取り扱いがされます。また、引受保険会社は、今後、変更する場合がありますが、その場合、個人情報は変更後の引受保険会社に提供されます。

(注)保健医療等の機微(センシティブ)情報については、保険業法施行規則により、利用目的が限定されています。

死亡保険金受取人の個人情報の取り扱いについて

指定された死亡保険金受取人(以下、受取人)の個人情報については、加入対象者(被保険者)の個人情報と同様に取り扱いされますので、お申込みにあたっては、受取人にその旨をご説明いただき、個人情報の取り扱いについての同意を取得してください。

契約者 団体名 代表者 届出印

告知事項 <健康状態の告知> (1)最近3か月以内に医師の治療・投薬(指示・指導を含みます)を受けたことがありますか。 (2)過去1年以内に病気やけがのため手術を受けたこと、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。 (3)手・足の欠損または機能に障害がありますか。 (4)言語、そしやく機能に障害がありますか。 (5)「あり」の場合は別途「被保険者の告知書」をご提出ください。 (6)「2週間以上」とは、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。 (7)「医師の治療・投薬」とは医師による診察・検査(妊娠による定期検査を含みます)・治療・投薬のほか、指示・指導を含みます。

申込日(告知日) 年 月 日

商品 ご契約番号 管理番号1 管理番号2 管理番号3 加入(変更)日(西暦) 年 月 日 (※)事業所申込区分 1:新規 2:既加入

※事業所申込区分で「1:新規」の場合は、別途「事業所届出事項申込(変更)届」をご提出ください。

Table with columns: 申込区分, 被保険者番号(右詰め), 家族区分, 被保険者名(姓, 名), 性別, 生年月日(年号, 年, 月, 日), 申込保険金額(万円), 保険金受取人(姓, 名), 続柄, 同意・告知印★参照, 健康状態の告知, 個有無, 退区分

家族区分 00:本人 10:配偶者 21~39:こども 生保会社使用欄 募集会社コード 支部・営業部コード 取扱担当者コード

受取人続柄 1:配偶者 2:こども 3:父母 4:祖父母 5:兄弟姉妹 7:事業主 営業部門受付日 本社受付日

H