

《ご記入要領》

- この書面による告知は、加入をお引受けするかどうかを決める重要な事項です。
- お申込者ご本人が告知日現在の状況をありのままに正確にもれなくご記入ください。
- 誤ってご記入された場合は、二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。
- 訂正箇所には被保険者本人のお名前（サイン）をご記入ください。
- 告知内容によって、追加で資料のご提出をいただく場合があります。

新契約の場合にはご記入不要です。

ご記入をお願いした契約に限り、ご記入ください。

「被保険者の告知書」を記入する日をご記入ください。

太枠内を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し正しい内容をご記入のうえ、必ずすべての箇所に被保険者本人のお名前（サイン）をご記入ください。

「はい」の場合は、告知欄のA～Dの項目について、傷病名、症状等をくわしくご記入ください。（複数の傷病等がある場合もすべてご記入ください。）  
なお、Eの項目は、該当する場合にご記入ください。

身体障害者手帳をお持ちの場合は、その写しをご提出いただくことがあります。

団体定期保険 無配当団体定期保険		被保険者の告知書		ジブラルタ生命保険株式会社 御中					
<p>《個人情報取り扱いについて》-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を、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、ご契約の維持管理、③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、④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以上に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を取り扱われます。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）保健医療等の機関（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。</p>						<p>株式会社 墨田商事 代表取締役 墨田 太郎</p>		<p>届出印 （印）</p>	
ご契約番号		管理番号1	管理番号2	管理番号3					
12345		1	2	3					
<p>＜加入対象者（被保険者）の同意確認事項＞ 告知書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ず、あるいは事実と違うことを告知するよう勧められたことはないことを誓約するとともに、本欄裏に記載の個人情報の取り扱いについて同意します。</p>									
告知日		2012 年 1 月 7 日		被保険者番号		1234567			
被保険者氏名		ホシ イチロウ 星 一郎		お申込区分		新規加入 ・ 増額			
生年月日		昭和 40 年 7 月 7 日 性別 男 (女)		勤務先または所属		総務部			
親権者(※) (続柄)				お申込(新)保険金額		1,000 万円			
				既加入保険金額 (増額の場合はご記入ください)		万円			
<p>（※）被保険者が未成年の場合にご記入ください。 ※つぎの告知事項 1 から 3 のすべての項目について、「はい」「いいえ」のいずれかを○印で囲んでください。</p>									
告知事項	1	最近3か月以内に医師の治療（指示・指導を含みます）・投薬を受けたことがありますか。	はい	いいえ	はい	いいえ			
	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。	はい	いいえ	はい	いいえ			
	3	手足の欠損または機能に障害がありますか。または背骨（脊柱）・視力・聴力・言語・そしゃく機能に障害がありますか。	はい	いいえ	はい	いいえ			
<p>（※1）「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。） （※2）「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。</p>									
<p>はいのときはこの欄に詳しくご記入ください。また、複数の病気等がある場合もすべてご記入ください。 A. 病気やケガの名前、障害の部位内容等 ①十二指腸かいよう ②高血圧 B. 治療（診察・検査・指示・指導を含みます）・投薬期間 ①2011年8月～2011年10月まで（90日間） ②2007 3 現在まで C. 入院の有無 ◎入院の期間 ①あり ⇒ 2011年8月～2011年9月まで（20日間） ②なし D. 症状経過 ①全治している ⇒ 全治年月 2011年10月 ②現在、治療中 ⇒ 現在の治療（診察・検査・指示・指導を含みます）内容 ②月2回通院・投薬を受けている E. 女性で満16歳以上の方で妊娠中の場合 妊娠第（ ）週</p>									
<p>ご注意 最後に再度告知事項を見直し、過去および現在における告知事項にもれがないことをご確認ください。事実を記入しなかったり、事実と反する記入がありますと、保険金等のお支払ができない場合がありますので、十分にご注意ください。 お願い 告知内容はお申込みにあたり重要な事項ですので、本告知書のお控えをお取り頂くことをおすすめいたします。</p>									
生保処理欄		承諾		謝絶		承認日・承認者			
						受付日			
<p>S金保-800(12.01) ジブラルタ生命</p>									

健康診断や人間ドックの受診は告知の対象となる「医師の治療」には該当しませんが、結果、産業医等による療養の指示、各種指導を受けた場合には、その内容を告知書に記入してください。

この告知書に記載の事項は被保険者本人が記入し、事実と相違ないことを誓約します。もし事実と相違した場合には契約を解除されても異議ありません。

《個人情報の取り扱いについて》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を、事務手続きのために使用いたします。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・ご契約の維持管理、③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、④その他保険に関連・付随する業務のために利用し、また、保険契約者、他の生命保険会社および再保険会社に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が取り扱われます。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。

保険契約者				届出印
	ご契約番号	管理番号 1	管理番号 2	管理番号 3

本社内は、申込者ご本人が告知日現在の状況をありのままに正確にもれなくご記入ください。

＜加入対象者(被保険者)の同意確認事項＞  
告知書記載の告知事項は、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勧められたことはないことを誓約するとともに、本帳票に記載の個人情報の取り扱いについて同意します。

告知日	年 月 日	被保険者番号	
被保険者氏名	(セイ) (メイ)	お申込区分	新規加入 ・ 増額
生年月日	昭和 平成 年 月 日 性別 男 女	勤務先または所属	
親権者(*) (続柄)	(セイ) (メイ)	お申込(新)保険金額	万円
		既加入保険金額 (増額の場合にご記入ください)	万円

(\*)被保険者が未成年の場合にご記入ください。  
※つぎの告知事項 1 から 3 のすべての項目について、「はい」「いいえ」のいずれかを○印で囲んでください。

告知事項	1	最近3か月以内に医師の治療(指示・指導を含みます)・投薬を受けたことがありますか。	いいえ	はい
	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(*)にわたり、医師の治療・投薬(*)を受けたことがありますか。	いいえ	はい
	3	手足の欠損または機能に障害がありますか。または背骨(脊柱)・視力・聴力・言語・そしゃく機能に障害がありますか。	いいえ	はい

(\*)1「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。(実際の診療日数ではありません。)  
(\*)2「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。

はいのときはこの欄に詳しくご記入ください。また、複数の病気等がある場合もすべてご記入ください。

A. 病気やケガの名前、障害の部位内容等

1 か ら 3

B. 治療(診察・検査・指示・指導を含みます)・投薬期間  
年 月～ 年 月まで( 日間)

C. 入院の有無 ◎入院の期間  
あり ⇒ 年 月～ 年 月まで( 日間)  
なし

D. 症状経過  
全治している ⇒ 全治年月 年 月  
現在、治療中 ⇒ 現在の治療(診察・検査・指示・指導を含みます)内容

E. 女性で満16歳以上の方で妊娠中の場合  
妊娠第( )週

ご注意 最後に再度告知事項を見直し、過去および現在における告知事項にもれがないことをご確認ください。事実を記入されなかったり、事実と反する記入がありますと、保険金等のお支払ができない場合がありますので、十分にご注意ください。

お願い 告知内容はお申込みにあたり重要事項ですので、本告知書のお控えをお取り頂くことをおすすめいたします。

生保処理欄		承諾	謝絶	承認日・承諾者	受付日
-------	--	----	----	---------	-----