

ブリヂストングループ保険
長期収入サポート保険 (GLTD)

申込書兼告知書

1 ニッセイ用

No. 1957

日本生命保険相互会社 行

株式会社 ブリヂストン

パンフレット（商品内容のご説明）の内容が自身のニーズ（意向）に合致することを確認し、加入勧奨時に通知・配付された説明資料等に記載の重要事項（「契約概要」「注意喚起情報」を含む）および個人情報の取扱い等について了承・同意するとともに、告知内容が事実と相違ないことを確認のうえ、以下のとおり加入（変更）を申込みます。なお、私は現在正常に勤務しています。

裏面の〈お申込みにあたって〉をご確認のうえ、以下にご記入ください。

事業所コード	所属コード	被保険者番号	グループ区分	申込日(告知日)	申込締切日	効力発生日
26	31	46	56・57 *・*	年 月 日 平成	年 月 日 平成 2 8 4 1 4	年 月 日 平成 2 8 7 1

家族区分	被保険者氏名 (カタカナでご記入ください)	性別	生年月日	グループ保険 申込保険金額 (万円)	現在加入保険金額	申込印 (告知印)
本人 (主たる被保険者)	セイ: 00 メイ: 00	79 ①男性 ②女性	80 ③昭和 ④平成	88	92	印
あいおいニッセイ同和損害保険 行 長期収入サポート保険申込欄 (本人のみ加入できます。) 申込タイプ: <input type="text"/> タイプ 申込区分: <input type="checkbox"/> 1 新規 <input type="checkbox"/> 2 増額 <input type="checkbox"/> 3 減額 <input type="checkbox"/> 4 同戻 <input type="checkbox"/> 5 退会 申込回数: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 現在の加入内容 加入タイプ: <input type="checkbox"/> タイプ 加入回数: <input type="checkbox"/> 従事業務内容 * 事務系 * 事務系 * 事務系 * * * * 事務系 * 事務系 * * *						
長期収入サポート保険に加入の方は2枚目に押印ください。 (グループ保険の申込みをされない方は1枚目の押印は不要です。)						

家族区分	被保険者氏名 (カタカナでご記入ください)	性別	生年月日	グループ保険 申込保険金額 (万円)	申込印 (告知印)
配偶者	セイ: 01 メイ: 01	79 ①男性 ②女性	80 ③昭和 ④平成	88	92
子ども	セイ: <input type="text"/> メイ: <input type="text"/>	79 ①男性 ②女性	80 ③昭和 ④平成	88	92
子ども	セイ: <input type="text"/> メイ: <input type="text"/>	79 ①男性 ②女性	80 ③昭和 ④平成	88	92
子ども	セイ: <input type="text"/> メイ: <input type="text"/>	79 ①男性 ②女性	80 ③昭和 ④平成	88	92

子どもが未成年のときは、親権者が押印ください。

会社処理欄			
一括	有無	内容	家族表示
138	139	140	146
			1
			歳
退表示			継不
138	139	140	146
			2
			歳
			継不
138	139	140	146
			3
			歳
			継不
138	139	140	146
			3
			歳
			継不
138	139	140	146
			3
			歳
			継不

旧代表証券番号:
 新加入者番号:
 旧加入者番号:

グループ保険	氏名 (カタカナでご記入ください)	続柄	人数
本人の死亡保険金受取人	121	135 136	137
配偶者の死亡保険金受取人	121	135 136	137
	シユタルヒホケンシヤ	1	1

98572170

931 02094

グループ保険	告知欄	長期収入サポート保険	告知欄
新規加入・増額する申込者それぞれがパンフレット等に記載の加入資格を満たしていること、および裏面の質問事項を確認のうえ告知します。	*主たる被保険者が新規加入・増額する申込者の告知をとりまとめるのうえ、以下の1または2に○印をご記入ください。 ① 新規加入・増額する全ての申込者について、質問事項に対する答えが全て「いいえ」となります。 ② 質問事項について「はい」の答えがある申込者がいます。該当者について、あわせて「被保険者の告知書」を提出します。 【「はい」の答えがある申込者氏名(カタカナでご記入ください。)]	*主たる被保険者が、新規加入・増額する場合に以下の1または2に○印をご記入ください。 ① 質問事項1に対する答えが全て「いいえ」となります。 ② 質問事項1について「はい」となる答えがあります。c-dのいずれかが「はい」となる場合、ご加入希望の方は別途申し出下さい。 *主たる被保険者が、新規加入・加入内容を変更する場合に以下の1または2に○印をご記入ください。 ① 質問事項2に対する答えが「いいえ」となります。 ② 質問事項2に対する答えが「はい」となります。 【「はい」の場合は、右記にご記入ください。】	主たる被保険者がパンフレット等に記載の加入資格を満たしていること、および裏面の質問事項を確認のうえ告知します。 ① 質問事項1に対する答えが「いいえ」となります。 ② 質問事項2に対する答えが「はい」となります。 【「はい」の場合は、右記にご記入ください。】
	<input type="text"/>		他の保険契約等の保険金額(月額)(合計) 万円

(幹事会社) 日本生命保険相互会社

あいおいニッセイ同和損害保険株式会社

001

カ 697 (保全 699 次回 836)

K11-370

#0023563

001 (F62992.13.10)

