

【ブリヂストングループ】団体総合補償保険(夫婦タイプ・家族タイプ)加入申込票

センター送付

000 AAA 020 994

PR06 03 88 LF 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。

保険期間
令和 5 年 10 月 1 日から 令和 6 年 10 月 1 日まで

メッセージ

団体総合生活補償保険(MS&AD 型)

住所 317 (カタカナ)
〒 〇〇〇 〇〇〇 [399](漢字)
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) 様

職場名 018 (カタカナ) 所属コード 019

加入申込日 010 令和R 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 (男)1 (女)2
年 月 日 別

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]	→	ご署名のうえ、ご提出ください。
<input type="radio"/>	継続加入しない	→	内容を不要と判断し、ご提出不要です。

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 申込内容与健康状況(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。

団体総合生活補償保険(MS&AD 型) 傷害補償(F・FT・H・HTセット) 88/B1

390 1	氏名	J04 (カタカナ) [L67](漢字)	基本セット(必選択)	日常賠償	受託物	携行品	家財	ゴルフ
	生年月日	323 (T)大正 (S)昭和 (H)平成 (R)令和 年 月 日	F FT H HT	6N	7N	3M 3N	4M 4N	5M 5N 8L
	年令	303 〇 才 性別 (男)1 (女)2						
	職業名・職種名	576 カタカナで記入		1	1	1	1	1
職種コード	312 団体との関係 L18 ◆							

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、保険金をお支払い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える場合、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、最終頁裏面の質問事項につき、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。)
- 職種コードは裏面をご参照ください。 職業名・職種名は裏面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 他の保険契約等、保険金請求歴がある場合は、こちらをご確認のうえご記入ください。

(注)他の保険会社等における契約を含み、団体契約、生命保険契約、共済契約を含みます。同種の危険を補償する他の保険契約等(団体総合生活補償保険、普通傷害保険等)をいい、いずれも積立保険を含みます。)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。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。

※ 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。)

前年合計保険料(1回分) 円 R50 合計保険料(1回分) 円 受付日(社内使用欄) 令和 年 月 日

331 特記事項

計上用

職種コード一覧

職種コード	職業名・職種名	職業名・職種名 (カナ)
01	技術者 (技師、監督を含みます。)	ギジュツシャ
02	教員	キョウイン
03	保健医療従事者	ホケンイリョウジュウジシャ
04	芸術家、芸能家	ゲイジュツカ・ゲイノウカ
05	職業スポーツ家	シヨクギョウスポーツカ
06	その他の専門的職業従事者	センモンシヨクギョウジュウジシャ
11	事務従事者	ジムジュウジシャ
21	販売従事者	ハンバイジュウジシャ
31	農林業作業	ノウリンギョウサギョウシャ
36	漁業作業	ギョギョウサギョウシャ
41	採鉱・採石作業	サイコウ・サイセキサギョウシャ
51	自動車運転者 (助手を含みます。)	ジドウシャウンテンシャ
52	船舶関係従事者 (漁労船以外の船舶乗船者) (モーターボート競争選手を除きます。)	センパクカンケイジュウジシャ
53	航空機関係従事者 (航空機搭乗者)	コウクウキカンケイジュウジシャ
54	その他の運輸従事者 (注1)	ソノタノウンユジュウジシャ
55	通信従事者 (船舶・漁労船乗船者、 航空機搭乗者を除きます。)(注2)	ツウシンジュウジシャ
61	金属製造加工作業者	キンゾクセイゾウカコウサギョウシャ
62	電気機械器具組立・修理作業	デンキキカイキグサギョウシャ
63	輸送機械組立・修理作業	ユソウキカイサギョウシャ
64	計器・光学機械器具組立・修理作業	ケイキ・コウガクキグサギョウシャ
65	その他の機械組立・修理作業	ソノタノキカイサギョウシャ
66	製糸・紡織作業	セイシ・ポウシヨクサギョウシャ
67	裁断・縫製作業	サイダン・ホウセイサギョウシャ
68	木・竹・草・つる製品製造作業	キ・タケ・クサ・ツルサギョウシャ
69	パルプ・紙・紙製品製造作業	パルプ・カミサギョウシャ
70	印刷・製本作業	インサツ・セイホンサギョウシャ
71	ゴム・プラスチック製品製造作業	ゴム・プラスチックサギョウシャ
72	革・革製品製造作業	カワ・カワセイヒンサギョウシャ
73	窯業・土石製品製造作業	ヨウギョウ・ドセキサギョウシャ
74	飲食料品製造作業	インシヨクリョウヒンサギョウシャ
75	化学製品製造作業	カガクセイヒンセイゾウサギョウシャ
76	建設作業	ケンセツサギョウシャ
77	定置機関・機械および建設機械運転作業	テイチ・ケンセツキカイウンテンサギョウ
78	電気作業	デンキサギョウシャ
79	その他の技能工・生産工程作業	ギノウコウセイサンコウテイサギョウ
81	保安職業従事者	ホアンシヨクギョウジュウジシャ
86	サービス職業従事者	サービスシヨクギョウジュウジシャ
91	有職者以外 (主婦・学生等)	ユウシヨクシャイガイ

(注1) 自動車 (二輪自動車 (オートバイ) を除きます) を用いて配達・宅配作業に従事する場合は、職種コード 51 に該当します。

(注2) 自動車 (二輪自動車 (オートバイ) を除きます) を用いて郵便物・電報の集配作業に従事する場合は、職種コード 51 に該当します。

STEP3 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	傷害死亡・後遺障害 保険金額合計	傷害入院 保険金日額合計	傷害通院 保険金日額合計	疾病入院 保険金日額合計	疾病通院 保険金日額合計
	万円	円	円	円	円
	万円	円	円	円	円
	万円	円	円	円	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。

団体総合生活補償保険 (MS&AD 型) 健康状況告知書質問事項

ご回答は加入申込票の「健康状況告知書質問事項回答欄」にご記入ください。

親介護一時金・休業 以外用

※「親介護一時金・休業」(「親介護一時金
支払特約」および「親の介護による休
業補償特約」)は「親介護一時金・休業
専用」をご確認ください。

- 「健康状況告知書ご記入のご案内」をご覧ください。
- 「団体総合生活補償保険 (MS&AD 型)」にお申込みいただく際には、下記の質問事項につき正確にご回答ください。
- この質問事項に対するご回答が事実と相違する場合、保険金をお支払いできないことがありますのでご注意ください。
- 「疾病補償」または「本人介護補償」に新たにお申込みいただく方、および継続して加入する場合で保険金額の増額など補償内容を拡大する契約条件の変更を伴う方は、下記の質問事項につきご回答ください。
- 下記の質問事項には、被保険者(補償の対象者)ご自身がお答えください。(*)
- (*): 告知時における被保険者の年齢が満 15 才未満の場合には、親権者のうちのいずれかの方がお答えください。
- 下表に記載がある傷害や疾病については告知不要です。

告知対象外となる傷害・疾病一覧	<ul style="list-style-type: none"> ●ケガ* ●正常分娩 <p>※以下については、疾病として告知対象となります。 脊椎の捻挫・骨折、腰痛、腰部捻挫、椎間板ヘルニア、変形性脊椎症、むちうち症、脊椎症、腰椎症、頸椎症、脊柱管狭窄症、椎間板障害、腰椎分離・すべり症、脊椎分離・すべり症、突発性腰痛症(ギックリ腰)、半月板損傷、ばね指(手指屈筋腱鞘炎)、骨関節炎、関節内傷、変形性関節症、頭部外傷後遺症、脳挫傷</p>
-----------------	---

「疾病補償」に新たにお申込みいただく方、または加入内容の変更に伴い告知いただく方で、継続後の契約に「疾病補償」のセットが含まれている場合は、下記の質問 1, 2 につきご回答ください。
 質問 1, 2 の回答のいずれかが「はい」の場合: お引受けできません。
 質問 1, 2 の回答のいずれも「いいえ」の場合: お引受けします。

質問 1	<p>*「疾病補償」がない契約をお申込みの方は回答不要です。「本人介護補償」にお申込みの方は質問 3 にご回答ください。</p> <p>次のいずれかに該当しますか(ケガおよび正常分娩による入院・手術・再検査等*は除きます)。 ①告知日(ご記入日)現在、病気のため入院しているか、入院・手術・再検査等*をすずめられている。 ②告知日(ご記入日)より過去 2 年以内に病気で、継続して 14 日以上入院をしたことがある。 ※再検査等とは、医師から病気による入院・手術のために受検の指示を受けたものをいい、精密検査等を含みます。なお、健康診断や人間ドックにおける「要再検査」等の結果は含みません。</p>
質問 2	<p>*「疾病補償」がない契約をお申込みの方は回答不要です。「本人介護補償」にお申込みの方は質問 3 にご回答ください。</p> <p>告知日(ご記入日)より過去 2 年以内に以下のいずれかの病気と医師に診断されたり、医師による検査*・治療(投薬を含みます)を受けたことがある、または受けるように指導されたことがあります。 ①「がん」、「上皮内がん」 ②「糖尿病」、「高血糖症」、「耐糖能異常」 ③「精神の病気(アルコール・薬物依存を含みます)」 ※検査結果が異常なしだった場合は「いいえ」となります。ただし、検査の結果が判明していない場合や経過観察中の場合は「はい」となります。</p>

「本人介護補償」に新たにお申込みいただく方、または加入内容の変更に伴い告知いただく方で、継続後の契約に「本人介護補償」が含まれている場合は、下記の質問 3 につきご回答ください。
 質問 3 の回答が「はい」の場合: 「本人介護補償」はお引受けできません。
 質問 3 の回答が「いいえ」の場合: 「本人介護補償」をお引受けします。

*病気・症状名が判明しない場合は、病気・症状名が判明するまではお引受けできません。

質問 3	<p>*「本人介護補償」がない契約をお申込みの方は回答不要です。「疾病補償」にお申込みの方は質問 1, 2 にもご回答ください。</p> <p>次のいずれかに該当しますか。 ①歩行、寝返り、立ち上がり、入浴、排せつ、食事および衣類の着脱のいずれかの行為の際に、他人の介護が必要である。 ②公的介護保険制度において要介護認定申請をしたことがある。 ③告知日(ご記入日)より過去 2 年以内に、医師により、下表の「病名・症状一覧(介護)」記載の病気や症状と診断されたことがある。</p>
------	--

病名・症状一覧(介護)

脳血管系の病気等	●脳卒中(脳出血、くも膜下出血、脳梗塞(脳血栓、脳塞栓、脳軟化)等) ●脳虚血発作(一過性脳虚血発作(TIA)、可逆性虚血性神経障害(RIND)等) ●眼底出血(網膜出血、硝子体出血、網膜中心静脈閉塞症等)をいい、外傷性を除きます) ●脳動脈瘤 ●脳動脈静脈奇形
心臓系の病気等	●虚血性心疾患(狭心症、心筋梗塞、冠不全等) ●不整脈(心室細動、心房細動、心室頻拍、期外収縮等)をいい、治療や経過観察を必要としない不整脈を除きます) ●心臓弁膜症(僧帽弁狭窄症、僧帽弁閉鎖不全症、大動脈弁狭窄症、大動脈弁閉鎖不全症等) ●心内膜炎 ●心肥大(心室肥大等) ●心不全 ●心筋症 ●動脈瘤
呼吸器系の病気等	●肺塞栓症(肺梗塞等) ●慢性閉塞性肺疾患(COPD)(肺気腫、慢性気管支炎) ●塵肺(珪肺症、アスベスト肺症等) ●肺線維症 ●気管支喘息(終診した小児喘息を除きます)
腎臓系の病気等	●慢性腎炎(増殖性腎炎、膜性腎症、IgA 腎症等) ●腎不全 ●ネフローゼ症候群 ●人工透析治療を要するその他の腎臓疾患
肝臓系の病気等	●肝硬変 ●肝不全 ●慢性肝炎 ●B型肝炎* ●C型肝炎* ●ウイルスキャリア(感染者)を含みます。
筋・骨格系の病気等	●後遺症の残る骨折(上肢の骨折を除きます) ●骨髄炎 ●骨粗しょう症 ●脊柱管狭窄症 ●変形関節症
悪性新生物	●悪性新生物(がん、肉腫、白血病、悪性リンパ腫、骨髄腫)をいい、上皮内新生物を除きます) ●脳腫瘍
その他	●糖尿病(インシュリン等の注射剤を投与している場合に限り) ●頭部外傷(後遺障害があると診断された場合に限り) ●膠原病(関節リウマチおよびリウマチ性疾患を含みます) ●正常圧水頭症 ●好酸球性筋膜炎 ●精神障害(アルツハイマー病や認知症、うつ病等の精神病や神経症、アルコール・薬物依存症を含みます) ●知的障害・発達障害(注) ●厚生労働省指定の公費助成対象の難病(告知日時点における特定疾患治療研究事業の対象として公費助成の対象となる難病をいい、難病の患者に対する医療等に関する法律(難病法)において規定する指定難病を含みます。具体的な病名は「難病情報センター」のホームページ(https://www.nanbyou.or.jp)等でご確認ください。これらの難病と診断された方は、都道府県への申請により医療受給者証の交付を受けることができますが、交付を受けていなくても告知の対象となりますので、ご注意ください) (注) 具体的には、平成 6 年 10 月 12 日総務庁告示第 75 号に定められた分類項目中の分類コード P00 から P99 に規定されたものとし、分類項目の内容については厚生労働省大臣官房統計情報部編「疾病、傷害および死因統計分類要 ICD-10 (2003 年版) 準拠」によります。

特定の疾病・症状群について保険金をお支払いしない条件でご加入されているお客さまへ

継続加入いただいているお客さまは、特定の疾病・症状群について保険金をお支払いしない条件でご加入されている場合があります。現在ご加入いただいている契約の加入者証や、加入申込票の「特定疾病対象外欄」に表示されている疾病コードに属する疾病・症状群*1 については、保険金をお支払いしません。各疾病コードに属する疾病・症状は、引受保険会社のホームページ、「健康状況告知書ご記入のご案内」、「ご契約のしおり(普通保険約款・特約)」または「加入者証」に記載されている「疾病・症状一覧表」をご確認ください。引受保険会社のホームページへは、右記の QR コード*2 からアクセスいただけます。

*1 お支払対象外となる疾病コードと医学上因果関係が認められる疾病・症状についても対象外となります。

*2 QRコードは(株)デンソーウェーブの登録商標です。

継続時には、あらためて現在の健康状況等に応じた告知をしていただくことができます。

なお、保険期間の途中で特定の疾病・症状群について保険金をお支払いしない条件の削除・変更を行うことはできません。

あらためて告知を行う場合、告知の結果によって以下いずれかのお取扱いとなります。

<告知の結果、お引受けできる場合>

特定の疾病・症状群について保険金をお支払いしない条件を削除してご加入いただくことができます。

この場合は、加入申込票の「特定疾病対象外欄」に表示されている疾病コード、疾病・症状名(カタカナ)を二重線で削除してください。

なお、条件を削除して継続いただいた場合でも、保険金のお支払有無は、発病時点の保険契約の条件で判断することがあります。

<告知の結果、お引受けできない場合>

ご加入を継続いただくことができません。

ご不明な点がございましたら、代理店・扱者または引受保険会社までご連絡ください。

