

団体総合生活補償保険加入申込票 兼 被保険者明細書 兼 健康状態告知書(MS&AD型・個賠型) 特約単独販売を含みます。

※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、十分にご確認のうえご回答（記入）ください。
ただし、「生年月日」・「年令」・「健康状態告知」欄は「疾病補償」、「がん補償」、「介護一時金」、「親介護一時金」、「親の介護による休業補償」、「所得補償」をセットされない場合、告知事項に該当しません。「職業名・職種名」欄は「所得補償」をセットされない場合、告知事項に該当しません。

私（申込人）は、自分が所属する企業または団体に対して、当該企業または団体が引受保険会社（共同保険契約の場合は共同保険会社を含みます。）と締結する団体保険契約への加入を、以下のとおり依頼します。以下加入申込票に記載のない加入条件（適用約款・特約、保険期間、保険金額など）は、当該企業または団体により定められているものであることを確認します。私および被保険者は、団体保険契約に関する情報を引受保険会社に提供することに同意します。また、私および被保険者は引受保険会社に提供された情報が、適切な保険の引受、万一保険事故が発生した場合の円滑かつ適切な保険金の支払い、保険契約に付帯されるサービスの提供のほか、保険制度の健全な運営（再保険契約に伴う諸手続きを含みます。）および改訂のご案内、商品提案、グループ会社（海外にあるものを含みます。）より提供される商品・サービスの提案・提供等を利用することに同意します。（引受保険会社は、あいおいニッセイ同和損害保険株式会社となります。）
なお、詳細は弊社ホームページhttps://www.aioinissaydowa.co.jp/をご参照ください。）

保険契約者（団体名）
一般社団法人全国高圧ガス溶材組合連合会

傷害補償 医療補償
申込人（加入者）
加入申込日 010 令和R 年 月 日 011 電話番号 ー ー
012 郵便番号 317 カナ 399 漢字
0307 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。
フルネームでご署名ください。 漢字 341 自署
018 所属名 カナ 019 所属コード 017 社員番号 年 月 日

被保険者ご本人（基本部分）
390 申込人住所と同じ 住所 VBT ① 氏名 L67 漢字
576 ※職業名・職種名 カナ 312 職種コード 300 セット名（30以内の英数字）
※被保険者職業区分（注5）（スキー・スケート） 傷 害
323 ※生年月日 天武T 頼和S 平成H 令和R 年 月 日
L18 団体の関係 303 ※年令 302 性別 職種コード 職種級別
LJW 所得 LJX 口数 572
L40 家族構成人数 名 満 才
L68 漢字

親介護一時金・休業 「親介護一時金支払特約」または「親の介護による休業補償特約」付のセットにご加入される場合、下記をご記入ください。
特約区分 特約被保険者（※1）・介護対象者（※2）の氏名 ※生年月日 ※年令 親介護一時金・休業 専用 健康状態告知書質問事項回答欄（注7）
VT1 ①一時金のみ VKA カナ VKB VKC VKE ①対面 ②電話 ③FAX・郵送 ④メール等の通信手段
②休業のみ 続柄 VKD ① ② ③ ④
VT2 ①一時金のみ VKJ カナ VKK VKL VKN ①対面 ②電話 ③FAX・郵送 ④メール等の通信手段
②休業のみ 続柄 VKM ① ② ③ ④
③一時金+休業 続柄 VKN ① ② ③ ④
※他の保険契約等 傷害死亡・後遺障害保険金額 傷害入院保険金日額 傷害通院保険金日額 疾病入院保険金日額 がん入院保険金日額 賠償支払限度額・保険金額
Y36 (合計) Y37 (合計) T28 (合計) Y38 (合計) LW9 (合計) (合計)
万円 円 円 円 円 円 万円

通 信 欄 331 加入者特記事項 カナ
◆団体との関係 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：会費企業等の役員・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：間の族 7：使用人

あいおいニッセイ同和損保

DN1 センター送付

000 AAA 020 994
R154 03 88 LF 354 ⑦
前契約代表証券番号
代表証券番号
部店課支社 代理店・扱者/仲立人 団体コード
加入者番号 098

保険期間 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで
前契約加入者番号 099 加入者識別コード L05
（注1）あいおいニッセイ同和損害保険株式会社 宛
裏面または別紙の健康状態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お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。
（注2）「健康状態告知書についてのご案内」を受け取り、内容を了解しました。
「傷害死亡・後遺障害」を指定する場合は必ずご記入ください。被保険者が未成年の場合、親権者を傷害死亡・後遺障害金受取人に指定することはできません。
（注3）父母、子、祖父母、孫および兄弟姉妹をいいます。
（注4）企業等の保険金受取に関する特約をセットする場合は、この特約により傷害死亡・後遺障害金受取人に支払う旨が規定されているその他の保険金を含みます。
（注5）スキー・スケート賠償責任保険特約をセットした場合で、被保険者が競技または指導を職務としている場合は、○印をしてください。
（注6）スポーツ賠償責任保険特約をセットした場合、下記（例）のとおり、スポーツの種類を必ずご記入ください。
（例）スポーツの種類が卓球の場合「スポーツ・タキョウ」
（注7）「健康状態告知書についてのご案内」をお読みいただき、健康状態告知をされる場合は、裏面または別紙の「健康状態告知書質問事項」を参照のうえ、下記に回答と告知日をご記入いただき、告知者ご署名欄にご署名ください。

加入セット選択欄 ※健康状態告知書質問事項回答欄（被保険者ご本人用）（注7）
疾病・がん（質問2のみ）・所得・医療 本人介護 過去の健康状態告知内容
質問1 質問2 質問3 特定疾病等対象外欄（再告知の場合要削除）
LKA LKH L1A
はい ③ いいえ ④
「はい」の場合、該当補償についてお引き受けできません。詳細は裏面または別紙をご参照ください。
告知者ご署名欄
（上記（注1）をご確認のうえ、必ず被保険者ご本人がフルネームでご署名ください。告知時における被保険者ご本人の年令が満15才未満の場合には、親権者のうちいずれの方がご署名ください。）
LW8 告知日 令和R 年 月 日 自署

傷害死亡保険金受取人 特に指定のない場合には、傷害死亡保険金受取人は、被保険者の法定相続人となります。（注2）
56H 氏名 カナ
56F 氏名 漢字
自署
育英費用
55W 氏名 カナ 55C 氏名 カナ
55X 氏名 漢字 扶養者
55Y 生年月日 頼和S 平成H 令和R 年 月 日

R43 被保険者特記事項 カナ ※スポーツ賠償責任保険特約セットの場合（注6）参照
告知社内処理日 平成H 令和R 年 月 日
初年度加入日 頼和S 平成H 令和R 年 月 日
合計保険料（分割払の場合は1回分） 円
その他の項目（被保険者項目のみ記入可）
項目No 内容

