

必ず両面印刷の上ご利用をお願いします

3大疾病サポート保険(団体型) 契約者一括告知書

第一生命保険株式会社 行

の箇所はもれなくご記入願います。

団体番号

告知日
(記入日)

(和暦) 年 月 日

※「告知日(記入日)」を必ずご記入ください。

契約者一括告知書の 1 ページ から ※1 ページ に記載された告知事項は以下のとおりです。

上記保険の申し込みまたは契約内容変更の申し込みの際に、各被保険者の健康状態等について確認のうえ、以下のとおり一括告知します。今回の手続きは、保険契約者(または事務代行者)としての手続きであり、一括告知書に記載の事項は事実と相違ありません。

また、以下の事項について宣誓します。

- 告知事項について事実を告げず、または事実でないことを告げたときは、契約の全部または一部が解除されても異議ありません。
- 本告知事項に記載された全ての被保険者が、同時に案内される個人情報取扱について同意していることを確認しました。
- 告知有無にかかわらず、3大疾病サポート保険金は、責任開始前に上記保険の普通保険約款に定める悪性新生物と診断確定されたことがある場合、保険金が支払われないこと(上皮内新生物診断保険金は、責任開始前に普通保険約款に定める悪性新生物または上皮内新生物等と診断確定されたことがある場合、保険金が支払われないこと)を了承します。

保険契約者

団体名

代表者名

事務担当者名(フルネーム)

訂正する場合の修正方法

- 訂正箇所を二重線で抹消
- 余白部分に訂正者の押印またはご署名(フルネーム)
- 正しい内容をご記入

※1 複数枚ご提出の場合は、最終ページをご記入ください。
ご記入ある場合は契約者欄は1ページ目のみの記入で結構です。
※2 ページをご記入ください。

契約日
(変更・追加) (和暦) 年 月 1 日

※2 ページ

* 告知欄 *

① 告知日現在、病気により休務中の方や健康上の理由で正常に就業していない方(就業の制限を含む)はいませんか。	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない
② 告知日から過去5年以内に、病気で継続2週間以上休務した方はいませんか。	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない
③ 契約者が既に取得している情報の範囲でこれまでに、がん(上皮内がん・肉腫・白血病・リンパ腫を含む)にかかったことがある方はいませんか。	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない

上記①～③いずれかが「いる」の場合、該当する方についてご記入の上告知書用封筒に封入しご提出ください。書ききれない場合は、次ページ以降にご記入ください。

氏名(カナ)	氏名(カナ)	氏名(カナ)
生年月日 (昭和) 年 月 日生 (男) (女)	生年月日 (昭和) 年 月 日生 (男) (女)	生年月日 (昭和) 年 月 日生 (男) (女)
病名	病名	病名
入院 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 手術 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	入院 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 手術 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	入院 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 手術 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
休務期間 和暦(元号を記入) ____年____月____日～____年____月____日 (内入院期間) ____年____月____日～____年____月____日	休務期間 和暦(元号を記入) ____年____月____日～____年____月____日 (内入院期間) ____年____月____日～____年____月____日	休務期間 和暦(元号を記入) ____年____月____日～____年____月____日 (内入院期間) ____年____月____日～____年____月____日
現在の就業状況 <input type="checkbox"/> 休務中	現在の就業状況 <input type="checkbox"/> 休務中	現在の就業状況 <input type="checkbox"/> 休務中
<input type="checkbox"/> 加入 申込保険金額(主契約) 既加入保険金額 <input type="checkbox"/> 増額 万円 万円	<input type="checkbox"/> 加入 申込保険金額(主契約) 既加入保険金額 <input type="checkbox"/> 増額 万円 万円	<input type="checkbox"/> 加入 申込保険金額(主契約) 既加入保険金額 <input type="checkbox"/> 増額 万円 万円

《 第一生命使用欄 》

枝番号	被No.	枝番号	被No.	枝番号	被No.
コード	基 SFあり 査定印	コード	基 SFあり 査定印	コード	基 SFあり 査定印
	SFなし		SFなし		SFなし
	医 部位		医 部位		医 部位
(主契約)可	(特約II)可	(主契約)可	(特約II)可	(主契約)可	(特約II)可
団体保障事業部		事業所番号		団体保障事業部	
役付 担当者				書類受領所管 受付印	

ご記入にあたって

- 告知はご契約をお引き受けするかどうかを決めるのに大切な事柄です。
- 下記告知事項につきましては、事実を告げず、または事実でないことを告げた場合、契約を解除され保険金などの支払いに支障を生ずることがあります。
- 太線内の項目につきましては、必ず契約者ご自身でありのままを正確にご記入ください。
- 一度提出された契約者一括告知書は、センシティブ情報の紛失等のリスクがあるため返却いたしません。

契約者一括告知書の記入例

一括告知書を複数枚ご記入される場合、必ずページ数をお書きください。

告知欄で「いる」の場合、該当する方について氏名・病名・現在の就業状況など全てご記入ください。また、書ききれない場合は、ページ数をご記入のうえ次ページ以降にお書きください。

3大疾病サポート保険(団体型) 契約者一括告知書
第一生命保険株式会社 行

契約者一括告知書の 1 ページ から ※1 3 ページ に記載された告知事項は以下のとおりです。

上記保険の申込みまたは契約内容変更の申し込みの際、各被保険者の健康状態等について確認のため、以下のとおり一括告知します。今回の手続きは、保険契約者(または事務代行者)としての手続きであり、一括告知書に記載の事項は事実と相違ありません。

また、以下の事項について宣誓します。

- 告知事項について事実を告げず、または事実でないことを告げたときは、契約の本質または一部が削除されても異議ありません。
- 本告知事項に記載された全ての被保険者が、同時に案内される個人情報の取扱いについて同意していることを確認しました。
- 告知有無にかかわらず、本疾病サポート保険金は、責任開始前に上記保険の普通保険約款に定める悪性新生物診断確定されたことのある場合、保険金が支払われないこと(上皮内新生物診断確定金、責任開始前に普通保険約款に定める悪性新生物または上皮内新生物等と診断確定されたことのある場合、保険金が支払われないこと)を承知します。

訂正する場合の修正方法

- 訂正箇所を二重線で抹消
- 余白部分に訂正者の押印またはご署名(フルネーム)
- 正しい内容をご記入

※1 複数枚ご提出の場合は、最終ページをご記入ください。ご記入ある場合は契約者欄は1ページ目のみの記入で結構です。
※2 ページをご記入ください。

訂正する場合は、最終ページをご記入ください。

この一括告知書を記入する日をお書きください。

訂正する場合の修正方法

- 訂正箇所を二重線で抹消
- 余白部分に訂正者の押印またはご署名(フルネーム)
- 正しい内容をご記入

告知欄

① 告知日現在、病気により休務中の方や健康上の理由で正常に就業していない方(就業の制限を含む)はいませんか。 いる いない

② 告知日から過去5年以内に、病気で継続2週間以上休務した方はいませんか。 いる いない

③ 契約者が既に取得している情報の範囲でこれまでに、がん(上皮内がん・肉腫・白血病・リンパ腫を含む)にかかったことがある方はいませんか。 いる いない

上記①～③いずれかが「いる」の場合、該当する方についてご記入の上告知書用封筒に封入しご提出ください。書ききれない場合は、次ページ以降にご記入ください。

氏名(カナ)	氏名(カナ)	氏名(カナ)
ダイイチ タロウ	オオモリ ジロウ	トヨス サブロウ
生年月日 38年1月5日 性別 男	生年月日 55年5月18日 性別 男	生年月日 54年9月20日 性別 女
病名 高血圧	病名 心筋梗塞	病名 抑うつ状態
入院 有 手術 有	入院 有 手術 有	入院 有 手術 有
休務期間 和暦(元号を記入) 令和3年3月20日～令和5年4月1日	休務期間 和暦(元号を記入) 令和3年11月10日～令和3年12月30日	休務期間 和暦(元号を記入) 令和4年9月10日～令和5年4月1日
現在の就業状況 休務中	現在の就業状況 休務中	現在の就業状況 休務中
申込保険金額(主契約) 500万円	申込保険金額(主契約) 400万円	申込保険金額(主契約) 400万円
既加入保険金額 300万円	既加入保険金額 100万円	既加入保険金額

※「就業の制限」とは
勤務に制限を加える必要のあるもので、勤務先または医師等により労働時間の短縮、出張の制限、時間外労働の制限、労働負荷の制限などを指示されている場合をいいます。

※告知事項②の「継続2週間以上」とは
土・日・祝日等の非勤務日を含む継続2週間です。

※おたずねしている「がん」とは
がん(悪性新生物)、肉腫、リンパ腫、白血病、メラノーマ(悪性黒色腫)、ホジキン病、多発性骨髄腫、骨髄異形成症候群、真正赤血球増加症(多血症)、慢性骨髄増殖性疾患、本態性(出血性)血小板血症、カルチノイド、上皮内がん(上皮内新生物)、非浸潤がん、子宮頸がん0期、大腸の粘膜内がん、ポリープ病、HSIL、CIN3、VIN3、VAIN3、子宮頸部・膣部・外陰部の高度異形成、CIN2、VIN2、VAIN2、子宮頸部・膣部・外陰部の中等度異形成 など

※告知対象外の「休務」「就業の制限」について
告知事項①②は、以下の事由のみの休務、またはそれに関連した就業の制限は、告知の対象(「いる」と)なりません。
1. 「労働基準法」第65条にもとづく産前・産後休業
2. 「育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律」第2章および第3章にもとづく育児休業および介護休業