

グループ生命保険(福祉団体定期保険) 加入申込書兼告知書(毎月加入用)

アクサ生命保険株式会社(事務幹事会社)御中

この契約が共同取扱契約の場合、引受保険会社は、それぞれの引受割合による保険契約上の責任を負います。事務幹事会社は各引受会社の委託を受けて事務を行います。

貴社が引き受ける福祉団体定期保険に加入申込みいたします。申込にあたり、各加入者は、「パンフレット」記載の各事項・重要事項(「契約概要」・「注意喚起情報」)を了知し、裏面の「個人情報の取扱いについて」の内容に同意しています。なお、申込書および告知欄の記載事項は事実と相違ありません。また、申込内容(保障内容・保険金額等)が自らの意向に沿っていることを確認しました。

団体名	愛知県職員生活協同組合
代表者名	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px; display: inline-block;">届出 印</div>

班コード	組員番号	職 場 班 名
	5 11	

※この申込書は平成31年3月20日まで(平成31年5月1日加入)使用できます。

右下の【告知事項】①②のいずれか、または両方に該当していますか? 該当する数字を○で囲んでください。
※告知欄が「2 はい」の方は新規加入はできません。

忘れずにご記入ください

申込日(告知日)		
年	月	日
効力発生日(加入日)		
年	月	日
控除開始年月(西暦)		
年	月	

70
生協
記入欄

該当する数字を○で囲んでください。

フルネームを必ずカタカナでご記入ください。

生年月日をご記入ください。

加入する保険金額を○で囲んでください。

区分	カニユウシャシメイ	申込印 (了知・同意)	性別	生年月日		告知欄	加入する保険金額を○で囲んでください。							
				年号	年 月 日		37	3,000 万円	2,500 万円	2,000 万円	1,500 万円	1,000 万円	500 万円	
本人	1	印	1. 男	3. 昭	年 月 日	1 111え	保険金	3,500 万円	3,000 万円	2,500 万円	2,000 万円	1,500 万円	1,000 万円	500 万円
			2. 女	4. 平	年 月 日	2 111え	保険料	11,970 円	10,260 円	8,550 円	6,840 円	5,130 円	3,420 円	1,710 円
配偶者	2	印	1. 男	3. 昭	年 月 日	1 111え	保険金	800 万円						
			2. 女	4. 平	年 月 日	2 111え	保険料	2,736 円						
子供	3	印	1. 男	3. 昭	年 月 日	1 111え	保険金	400 万円						
			2. 女	4. 平	年 月 日	2 111え	保険料	616 円						
子供	4	印	1. 男	3. 昭	年 月 日	1 111え	保険金	400 万円						
			2. 女	4. 平	年 月 日	2 111え	保険料	616 円						

★ご留意事項
配偶者と子供を加入させる場合は、本人の保険金額は1,000万円以上でお申込みください。

生協提出 毎月20日締切り
給与控除 翌月給与より開始
加入日 翌々月1日より
(効力発生日)

本人・配偶者・子供の月額保険料の合計額をご記入ください。 → **月額保険料** 円

【加入資格】
 (1) 県職員生協の組員とその配偶者・子供で、平成30年7月1日現在、
 ①組員・配偶者……年齢60歳未満の方 ②子供……年齢2歳6か月を超えて22歳6か月までの方

【注意事項】
 (1) 新規加入を申し込まれる方は、申込日(告知日)現在、ご本人の場合は、正常に就業している方、配偶者・子供の場合は正常な日常生活を送っている方に限ります。右記【告知事項】をご確認いただき、新規加入を申し込まれる方ごとに右上「告知欄」の該当項目に○をつける方法で告知してください。
 ・告知された内容が事実と相違した場合は、保険契約の一部または全部が解除されたり、保険金等をお支払いできないことがあります。
 ・「告知」については、別添「パンフレット」、「重要事項説明書」を必ずお読みのうえ、その意義や重要性をご確認ください。

(2) 子供は、ご本人(主たる被保険者)が扶養されている子供でかつ加入年齢範囲の方全員とする必要があります。

(3) この申込書は本人が新規加入する場合に使用してください。尚本人と同時加入に限り、配偶者及び子供を加入させることができます。
 (既にご加入されている方の、本人の増額・配偶者又は子供の追加加入はお取扱いできません。一斉募集時に手続き願います。)

【告知事項】

① 申込日(告知日)から過去1年以内に、下表の病気やけがで、手術を受けたことまたは継続して14日以上入院をしたことがありますか。

② 申込日(告知日)から過去1年以内に、下表の病気やけがで初診から終診までの期間が14日以上にわたる医師の治療・投薬を受けたことがありますか。

心臓病(心筋こうそく・心臓弁膜症・先天性心臓病・心筋症・狭心症)、高血圧症・脳卒中(脳出血・脳こうそく・くも膜下出血)、精神病、てんかん、ぜんそく、肺気腫、肺結核、胃かいよう、十二指腸かいよう、すい臓炎、肝臓病(肝炎・肝硬変)、腎臓病(腎炎・ネフローゼ・腎不全)、緑内障、がん、白血病、上皮内新生物、糖尿病、リウマチ・頭部外傷

○個人情報のお取扱いについて

当該保険の運営に当っては、愛知県職員生活協同組合（以下「団体」）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」）を取扱い、団体が保険契約を締結するアクサ生命保険株式会社（以下、「アクサ生命」）および他の生命・保険会社（共同取扱いの場合。以下「共同取扱い会社」）へ提供します。団体は、当該保険の運営において取扱う個人情報を当該保険の事務手続きのため利用し、事務を他に委託する場合は当該委託先にも提供します。アクサ生命および共同取扱い会社（以下、「引受保険会社」）は、提供を受けた個人情報を、保険契約の引受け・継続・維持管理、保険金・給付金等の支払い、その他保険に関連・付随する業務のために利用します。アクサ生命は、団体（団体の委託先を含む）および共同取扱い会社に上記目的の範囲内で個人情報を提供します。今後、個人情報に変更等が発生した際にも、引続き団体および引受保険会社においてそれぞれ上記に準じ個人情報が取扱われます。なお、当該保険の引受保険会社は、今後変更されることがありますが、その場合、個人情報は変更後に新たに保険を引受ける生命保険会社に提供されます。この個人情報の取扱いに関するご案内に関して同意いただけない場合は、加入不同意として取扱わせていただきますのでご了承ください。また、引受保険会社は、個人情報の取扱い方針等について、インターネットホームページ等で公表しています。

※ご家族のご加入に際しましては、「保険契約内容」及び「個人情報の取扱いについて」ご家族の同意を得たうえでお申し込みください。