

団体契約加入依頼書

FLEX

加入者は、募集文書または損保ジャパンの公式ウェブサイト（<https://www.sompo-japan.co.jp/>）に掲載の個人情報の取扱いを確認し、加入依頼書に記載の加入者以外の者（被保険者等）より必要な同意を得たうえ、保険契約に関する個人情報の取扱いに同意します。

19.05

< 帳票 54267-1 >

証券番号 9 1

団体名 JAM

保険期間 令和 年 月 1 日から
令和 年 3 月 1 日まで

健康告知事項 ~所得補償保険・団体長期障害所得補償保険
団体用医療保険にご加入の場合
新規加入される方、あるいは加入内容もしくは告知事項
に変更のある方は、別途所定の告知書をご記入願います。

★ 疾病による学業費用補償特約セットの場合
被保険者の学校の種類が複数になる場合は、
該当するものすべてに○をしてください。
① 小学校入学前 ② 小学校
③ 中学校、高校 ④ 大学 ⑤ その他

加入者合計 保険料 (シート計) 千円 5000
※分割払は1回分
中途加入の場合記入 即時追加保険料 千円

申込日 令和 年 月 日 加入者住所・氏名、被保険者氏名のフリガナは必ずご記入ください。
住所 漢字 フリガナ
氏名 漢字 フリガナ
性別 (1)男 (2)女 生年月日 (2)大 (3)昭 (4)平 (5)令 年 月 日生
扶養者 フリガナ 加入者と異なるときのみ記入 (傷害総合のみ)

521 所属コード 明細整理番号 1
522 職員番号 明細整理番号 2
523 明細整理番号 3
524 明細整理番号 4
525 明細整理番号 5
<漢字>
KG6 明細整理番号 6
KG8 明細整理番号 7

被保険者氏名	性別	傷害別	型	口数	保険料 (分割払は1回分)	即時追加保険料
1 ① 氏名 漢字 加入者と同じ場合は記入不要です。	(1)男 (2)女		800 B1	801 1	0A0 千円 5000	0A1 千円
2 氏名 漢字	(1)男 (2)女		810 型	811 口	0E0 千円	0E1 千円
3 氏名 漢字	(1)男 (2)女		820 型	821 口	0J0 千円	0J1 千円
4 氏名 漢字	(1)男 (2)女		830 型	831 口	0N0 千円	0N1 千円

補償対象外とする疾病	
1 種目名称	種目コード
VH0 群コード	VH1 疾病名
2 種目名称	種目コード
VH5 群コード	VH6 疾病名
補償対象外とする疾病	
1 種目名称	種目コード
VL0 群コード	VL1 疾病名
2 種目名称	種目コード
VL5 群コード	VL6 疾病名
補償対象外とする疾病	
1 種目名称	種目コード
VP0 群コード	VP1 疾病名
2 種目名称	種目コード
VP5 群コード	VP6 疾病名
補償対象外とする疾病	
1 種目名称	種目コード
VSO 群コード	VS1 疾病名
2 種目名称	種目コード
VSS 群コード	VS6 疾病名

520 ★他の保険契約等(注) (9) 別紙
517 受取人指定・被保険者同意 (9) 別紙
518 住宅の所在地 (9) 別紙
519 扶養者住所氏名 (9) 別紙
526 (9) 脱退 (印)
前頁からの続き 527 (1) 整理番号

確認 ① ②
特殊 指示 不備
021
024
025 022

種目コードは裏面に掲載の保険種類コード表を参照してください。

(重要) ★の項目は告知事項です。事実と異なる内容を記載した場合は、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。
(注意) 1 死亡保険金は被保険者の法定相続人にお支払いします。死亡保険金受取人について特定の方を定める場合は、所定の方法により、被保険者の同意の確認手続きが必要です。
2 所得補償保険で事業主費用補償特約にセットで加入する場合は追加依頼書は使用できません。

～所得補償保険・団体長期障害所得補償保険・団体用医療保険にご加入の場合～

次に該当される方は、別途所定の健康告知書をご記入ください。

- (1) 新規にご加入される方
- (2) 継続してご加入の方で、加入口数を増やされる方
- (3) 継続してご加入の方で、保険金額を増額される方
- (4) 継続してご加入の方で、てん補期間（保険金をお支払いする期間）を延長される方
- (5) 継続してご加入の方で、免責期間（保険金をお支払いできない期間）を短縮される方
- (6) 継続してご加入の方で、新たに家事従事者特約をセットされる方

保険種類 コード 表	大分類	小分類	保険種類コード
	団体総合保険	団体用医療	7193
	所得補償保険	団体長期障害所得 (GLTD)	7002
所得		7074	