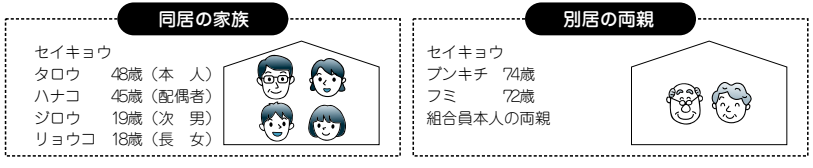


親子のちから 記入例

申込書等の提出・現職組合員：希望者
OB組合員：希望者

親子のちから 記入例

セイキョウタロウさんの家族例の場合（年齢は令和3年1月1日時点）



- 1 申込日をご記入ください。
印字されている内容に間違いがないかご確認ください。
- 2 日中の連絡先（携帯電話番号等）をご記入ください。
- 3 被保険者（保険金受取人）の方がすべてご記入ください。
健康状態告知を確認頂き、該当がなければ「すべて該当なし」にマルをご記入ください。

以下「太枠」についてご記入、ご署名ください。「自署」は加入者さま、被保険者さまご本人がご記入ください。
訂正をする場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、抹消線に重ねて告知者の訂正署名または訂正印が必要です。
修正液や重ね書きでの訂正はできません。

＜補償65412＞
保険会社 証券番号 91210NA609
東北電力生活協同組合「親子のちから」(親介護費用補償セット団体総合保険) 加入申込書兼健康状態に関する告知書
東北電力生活協同組合 御中
損害保険ジャパン株式会社 宛
提出先 東日本興業株式会社

| | | | | | | | |
|-------|--------------------|-------|------------------|---------|-----------------------------------|-------|-------------------------|
| 保険期間 | 令和4年 1月1日～令和5年1月1日 | 届出事由 | 新規加入 | 変更なし | 変更あり | 変更内容 | 解約 |
| 会社コード | 00 | 分所コード | 1234 | 所属課所コード | 12345678 | 組合員番号 | 0123456789 |
| 申込日 | 令和3年9月1日 | 生年月日 | 2大正3昭和4平成48年3月1日 | 性別 | 1男 2女 | 加入者 | 加入者 |
| 氏名 | セイキョウ タロウ | 生協 太郎 | 性別 | 1男 2女 | 加入者 | 加入者 | 加入者 |
| 加入者 | 〒980-0822 | 自宅TEL | 022-268-0000 | 住所 | センダイシ アオバク タチマチ20-1 セイキョウマンション405 | 住所 | 仙台市青葉区立町20-1 生協マンション405 |

日中の連絡先（携帯電話番号等） 090 1234 5678
日中の連絡先は必ずご記入ください。特内の情報はお客様が必ずご記入ください。訂正をする場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、抹消線に重ねて告知者の訂正署名または訂正印が必要です。修正液や重ね書きでの訂正はできません。

本告知事項は、私が自ら記入したものであり、事実と相違ありません。事実と相違していた場合は、ご契約が解除となり、保険金の支払いを受けられなくなったりも弊害を申し立てません。また、「健康状態に関する告知にあたってご注意いただきたいこと」の内容について確認・同意し、ならびに加入申込書健康状態に関する告知書（お客さま控）に記載の「告知書の個人情報の取扱いに関する事項」を確認し、預保ジャパンが必要な範囲において個人情報取得・利用・提供することに、申込人（加入者）、告知者（親介護費用保険金受取人（被保険者））、補償の対象者ともに同意します。

【重要】
1.★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や事実を記載しなかった場合には、ご契約を解除することや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。
2.告知の内容によっては、ご加入をお断りする場合がありますので、あらかじめご了承ください。
3.「告知書の個人情報の取扱いに関する事項」は、加入申込書兼健康状態に関する告知書（お客さま控）の裏面をご参照ください。

| 加入者（組合員自署欄） | 訂正 | 申込みの内容が意向に沿ったものであること、および交付された契約概要、注意喚起情報および告知義務などの内容を確認し、個人情報の取扱いに同意する。 |
|---|------------------------------------|---|
| 氏名 (自署) 生協 太郎 | あり | ※(ご注意)加入申込書の記載内容が事実と相違した場合、保険金が支払われないことがありますので、ご注意ください。 ※加入者は、募集文書または預保ジャパンの公式サイト(https://www.sompo-japan.co.jp/)に掲載の「個人情報の取扱いに関する事項」等を確認し、本書面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で、個人情報の取扱いに同意します。 |
| 被保険者は令和4年1月1日時点で満20歳以上、対象者は同時点で新規の方は満40～79歳、継続の方は満40～89歳の方をご指定ください。 | | |
| ① 被保険者（保険金受取人） セイキョウ タロウ 生協 太郎 | 対象者（被保険者の親） セイキョウ プンキチ 生協 文吉 | 加入月額 保険料 8,840円 |
| ② 被保険者（保険金受取人） セイキョウ タロウ 生協 太郎 | 対象者（被保険者の親） セイキョウ フミ 生協 フミ | 加入月額 保険料 8,840円 |
| ③ 被保険者（保険金受取人） （自署） | 対象者（被保険者の親） | 加入月額 保険料 すべて該当なし |
| ④ 被保険者（保険金受取人） （自署） | 対象者（被保険者の親） | 加入月額 保険料 すべて該当なし |

「他の保険契約等」とは、この保険契約の全部または一部に対して支払責任が同じである他の保険契約または共済契約をいいます。
（※）団体総合保険（親介護費用補償セット）の場合、医療保険、がん保険、傷害保険、各種商品の入院特約等、この保険契約の全部または一部に対して支払責任が同じである他の保険契約または共済契約をいいます。

| | | | |
|-------------|---------|------------|----------|
| 社内月払保険料(合計) | 合計即時保険料 | バックオフィス使用関 | ★他の保険契約等 |
| 円 | 円 | 円 | あり |
| | | | 共通連番 |

訂正
訂正をする場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、抹消線に重ねて訂正署名または訂正印が必要です。修正液や重ね書きでの訂正はできません。

- 〔ご提出にあたって〕
- 2枚目はお客さま控となっておりますので切り離して保管ください。
 - 1枚目をご提出ください。