

2017年度 ども特約付団体定期保険(S51) 加入申込書兼告知書

証券番号	団体名	事業所コード
2008005	歯科技工士協同組合	

個人加入用

保険契約者名	歯科技工士協同組合
代表者名	小林 雅樹 (印)
事業所名	
事業所代表者名	(印)

メットライフ生命保険株式会社 御中

申込日現在、本加入申込書兼告知書に記載の各事項ならびに記入した告知事項は事実と相違ありません。もし、告知事項について事実を記入しなかったり、記入した内容が事実と異なっていた場合には契約が解除されたり、給付金や保険金の支払いを受けられないことがあっても異議ありません。また、告知事項以外に貴社の知り得る情報で被保険者の加入可否を決定することに同意します。本加入申込書兼告知書に記載・記入の個人情報の取り扱いについて、受領した「個人情報に関する重要事項」の内容を死亡保険金受取人とともに承知し、同意します。貴社の生命保険募集人および保険仲立人は、保険契約締結の媒介を行うもので、保険契約締結の代理権はないことを確認しました。別紙の「ご契約内容(契約概要)・特に重要なお知らせ(注意喚起情報)」を確認・承知し、この保険(保障の内容・金額等)が自らの意向に合致していることを確認のうえ申込みます。

【ご注意】
 ◎記載内容を訂正する場合、訂正印(被保険者申込印兼同意印と同一)の押印が必要です。
 ◎配偶者・子どものみの加入はできません。なお、子どもが未成年の場合は、親権者が記入・押印してください。
 ◎配偶者・子どもが申込まれる場合は、それぞれの被保険者が同意したうえで、お申込ください。
 ◎「効力発生日」までに、記入された告知事項に変更が生じた場合は、本加入申込書兼告知書の提出先へ速やかにご連絡ください。あらためて告知いただく必要があります。なお、内容によってはご加入いただけない場合がありますのでご注意ください。

申込締切日	毎月15日
効力発生日	申込締切日の翌々月1日
申込書提出先	歯科技工士生命共済制度事務局
被保険者番号	

告知事項

①最近3ヵ月以内に医師による治療・投薬を受けたことがありますか
 ②過去1年以内に病気やケガで手術を受けたことまたは、継続して2週間以上の入院をしたことがありますか。
 ③手・足についての欠損または機能の障害がありますか。または背骨(脊柱)・視力・聴力・言語・そしゃく機能に障害がありますか。

続柄 2:配偶者 3:親 4:子 5:その他親族 6:法定相続人 9:指定なし
 ※死亡保険金受取人の指定のないときは、普通保険約款の定め(死亡保険金受取人の指定がない場合)により、配偶者、子(代襲相続の孫)、父母、祖父母、兄弟姉妹の順位指定があったものとして取り扱われます。

申込日兼告知日 年 月 日 ※必ずご記入ください

被保険者区分	被保険者氏名 カタカナでご記入ください 被保険者申込印兼同意印	性別	生年月日	申込区分 該当箇所☑を ご記入ください	現在の 保険金額	新規加入・変更後の 保険金額		死亡保険金受取人 カタカナでご記入ください ※高度障害保険金受取人は それぞれの被保険者本人です	続柄 該当する番号 を○で囲んで ください	告知事項 新規、変更あり(増額)の場合は必ず ご記入ください	
						1,200 800 200	1,000 500			はい いいえ	はい いいえ
0 本人	(印)	男 女	3 昭和 4 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更あり <input type="checkbox"/> 脱退 <input type="checkbox"/> 変更なし	万円	1,200 800 200	1,000 500	万円	カタカナ	2 配偶者 3 親 4 子 5 その他親族 6 法定相続人	本人 はい いいえ
1 配偶者	(印)	男 女	3 昭和 4 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更あり <input type="checkbox"/> 脱退 <input type="checkbox"/> 変更なし	万円	800 200	500	万円	カタカナ	2 配偶者 3 親 4 子 5 その他親族 6 法定相続人	配偶者 はい いいえ
2 子	(印)	男 女	4 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更あり <input type="checkbox"/> 脱退 <input type="checkbox"/> 変更なし	万円	200		万円	被保険者区分の 「本人」	3 親	子 はい いいえ
3 子	(印)	男 女	4 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更あり <input type="checkbox"/> 脱退 <input type="checkbox"/> 変更なし	万円	200		万円	被保険者区分の 「本人」	3 親	子 はい いいえ
4 子	(印)	男 女	4 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更あり <input type="checkbox"/> 脱退 <input type="checkbox"/> 変更なし	万円	200		万円	被保険者区分の 「本人」	3 親	子 はい いいえ

※申込書の提出がない場合は、現在のご加入内容で 自動更新となります。

保険会社使用欄	取扱店受付	本社受付	査定
---------	-------	------	----

「死亡保険金受取人」を変更する場合は、現在指定されている受取人名および続柄を二重線で訂正のうえ、申込印と同一印を押印ください。また、その場合変更内容の効力発生日は本加入申込書兼告知書に記載の「効力発生日」となりますのでご注意ください。なお遺言による死亡保険金受取人の変更はできません。

告知事項で「はい」に○印をつけた方は裏面告知書をご記入ください。

告知書

加入申込者ご本人が記入日(告知日)現在の状況のありのままを、もれなく正確に記入してください。
ありのままもれなく告知されないと、保険金・給付金が支払われない場合があります。

告知日 年 月 日 ※必ずご記入ください 表面の「告知事項」で「はい」に○をした場合は下記に詳しく記入してください。

該当被保険者氏名(自署)	最近3カ月以内に医師による治療・投薬を受けたことがありますか。	過去1年以内に病気やケガで手術を受けたことまたは、継続して2週間以上の入院をしたことがありますか。	手・足についての欠損または機能の障害がありますか。または背骨(脊柱)・視力・聴力・言語・そしゃく機能に障害がありますか。
(カナ)	加療期間: 年 月 ~ 年 月		手・足の欠損の状態
(漢字)	入院期間: 年 月 ~ 年 月 傷病名: 治療・投薬内容(薬名): 合併症の有無: (あり・なし)、手術: (あり・なし) 完治日: 年 月		背骨(脊柱)・視力・聴力・言語・そしゃく機能の障害状態
糖尿病・高血圧症の方のみご記入ください(※)		〈血圧(mmHg)〉最低: 最高:	〈空腹時血糖値(mg/dl)〉
(カナ)	加療期間: 年 月 ~ 年 月		手・足の欠損の状態
(漢字)	入院期間: 年 月 ~ 年 月 傷病名: 治療・投薬内容(薬名): 合併症の有無: (あり・なし)、手術: (あり・なし) 完治日: 年 月		背骨(脊柱)・視力・聴力・言語・そしゃく機能の障害状態
糖尿病・高血圧症の方のみご記入ください(※)		〈血圧(mmHg)〉最低: 最高:	〈空腹時血糖値(mg/dl)〉
(カナ)	加療期間: 年 月 ~ 年 月		手・足の欠損の状態
(漢字)	入院期間: 年 月 ~ 年 月 傷病名: 治療・投薬内容(薬名): 合併症の有無: (あり・なし)、手術: (あり・なし) 完治日: 年 月		背骨(脊柱)・視力・聴力・言語・そしゃく機能の障害状態
糖尿病・高血圧症の方のみご記入ください(※)		〈血圧(mmHg)〉最低: 最高:	〈空腹時血糖値(mg/dl)〉

(※)血圧、空腹時血糖値の数値は最新の数値をご記入ください(投薬されている場合は投薬後の数値を記入)

・「効力発生日」までに上記「告知事項」に変更が生じた場合は、加入申込書兼告知書の提出先へ速やかにご連絡ください。あらためて告知いただく必要があります。

なお、内容によってはご加入いただけない場合がありますのでご注意ください。

告知書を訂正された場合は、訂正印として必ず被保険者申込印兼同意印と同一印を押印ください。