

団体総合生活補償保険(標準型)特約付 被保険者明細書兼加入申込票

加入申込日	西暦	年	月	日
-------	----	---	---	---

事業所名	
事業所番号	

※印の項目は、ご契約に際して引受保険会社がたずねる特に重要な事項(告知事項)です。
事実と相違する場合は、ご契約を解除し、保険金をお支払できないことがありますので十分にご確認のうえご回答(記入)ください。

下記の記載内容および告知事項は事実と相違ないことを被保険者とともに誓約のうえ、この保険契約への加入、保険金額変更を申し込みます。また、脱退者について通知します。
セット契約引受会社である大樹生命保険株式会社が、本契約内容とその関連情報を知り得ることについて、被保険者とともに同意します。

保険期間	パンフレット記載の通り
------	-------------

保険契約者	
団体名	
代表者名	

職種コード表も参照のうえ、職種コードおよび職業名・職種名をご記入ください。なお、職業名・職種名はカナで濁点を含め20文字以内でご記入ください。

申込区分	所属番号	加入者番号	加入者名 (上段カナ 下段漢字)	◆団体との関係	生年月日	性別	※職業名・職種名 (カタカナ)		口数	合計保険料 (1回分)
							◎年令	※職種コード		
1. 加入変更 2. 脱退			『ご加入内容確認事項』について確認するとともに、個人情報の取り扱いに同意の上加入を申し込みます。 カタカナ フルネームでご署名ください。	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧	T大正 S昭和 H平成 年 月 日	① 男 ② 女 満才			口	円
			『ご加入内容確認事項』について確認するとともに、個人情報の取り扱いに同意の上加入を申し込みます。 カタカナ フルネームでご署名ください。	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧	T大正 S昭和 H平成 年 月 日	① 男 ② 女 満才			口	円
1. 加入変更 2. 脱退			『ご加入内容確認事項』について確認するとともに、個人情報の取り扱いに同意の上加入を申し込みます。 カタカナ フルネームでご署名ください。	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧	T大正 S昭和 H平成 年 月 日	① 男 ② 女 満才			口	円
			『ご加入内容確認事項』について確認するとともに、個人情報の取り扱いに同意の上加入を申し込みます。 カタカナ フルネームでご署名ください。	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧	T大正 S昭和 H平成 年 月 日	① 男 ② 女 満才			口	円

◎年令は始期日時点の満年令をご記入ください。

※他の保険契約等 同種の危険を補償する他の保険契約等(被保険者が同一であり、GK ケガの保険、団体総合生活補償保険、賠償責任保険等の身体のケガ、病気または損害賠償責任に対して保険金が支払われる他の保険契約等をいい、積立保険を含みます。)がありますか。 「あり」の場合、「あり」に○印のうえ、必ず被保険者ご本人ごとに、下欄にご記入ください。(ご記入のない場合、「なし」と回答したこととなります。) (注)他の保険会社等における契約を含み、団体契約、生命保険契約、共済契約を含みます。				保険金請求欄<注>他の保険会社等への保険金請求を含みます。 過去3年以内にケガで保険金(合計して5万円以上)を請求または受領したことがありますか。				◆団体との関係 1:構成員(子会社・関連会社の構成員、退職者を含む) 0:会員企業等の役員・従業員 上記「1」または「0」の 2:配偶者 3:子ども 4:両親 5:兄弟姉妹 6:同居の親族 7:使用人			
被保険者氏名	傷害死亡・後遺障害 保険金額合計	傷害入院 保険金日額合計	傷害通院 保険金日額合計	被保険者氏名	会社名	回数	合計金額	あり			
	(合計) 万円	(合計) 円	(合計) 円				回		円		
	(合計) 万円	(合計) 円	(合計) 円				回		円		