

2026年度 アイシングループ総合保障 加入・変更 (または 解約(脱退)) 申込票 (兼告知票)

保険期間 損害保険 2026年6月1日午後4時から2027年6月1日午後4時まで 生命保険 2026年6月1日(効力発生日)から2027年5月31日まで 拠出型企業年金保険 2026年8月1日より責任開始
 【重要】告知事項に関するご注意 表面および裏面の★印の項目は、ご加入に際して引受保険会社がおたずねする特に重要な事項(告知事項)です。事実と相違する場合は、ご契約を解除し、保険金をお支払いできないことがありますので十分に確認のうえご回答ください。

記入例はパンフレット表紙のQRコードからご覧ください

QRコードは関デソウウェブの登録商標です。

会社名 _____ 勤務地 _____

押印・提出の仕方

変更のない方を除き、**押印・提出の仕方**をご覧ください。

新規加入または申込内容変更をされますか?
 いいえ → 提出不要です
 はい → 「新規加入」または「保障の増額・追加」をされますか?
 はい → 本人が対象の方の告知をとりまとめのうえ、以下の質問についてご回答ください。
 <告知欄>裏面★健康状況告知書質問事項の回答が「はい」となる項目がありますか?
 はい → 必ず右欄に○印を記入してください。
 いいえ (BかCに○印) → ありません (AかBに○印)
 はい (Dに○印) → すべての保障を解約(脱退)されますか?

該当する方の「新規加入」「保障の増額・追加」はできません。(積立ドリームプラン)は除く

A 新たに加入する (積立ドリームプランの単独加入を含む)
 新たに加入する方の氏名、加入内容を記入してください。
 変更する箇所を訂正・補記してください。
 積立ドリームプランの加入内容も変更する場合はBにも○印を記入してください。

B 現在加入プランを変更 (増額、減額、家族追加・脱退、氏名変更等を含む)
 積立ドリームプラン以外の保障を解約(脱退)する

C 積立ドリームプラン以外の保障を解約(脱退)する

D すべての保障を解約(脱退)する(加入しない)
 積立ドリームプランも解約(脱退)となります。
 今年度定年退職される方も、退職時まで継続加入していないと定年後の保障に移行できませんのでご注意ください。

該当欄に全て押印してください (申込印(告知印)欄)シャチハタ(スタンプ)印可 (押印もれの場合申込書の受付ができませんのでご注意ください) (子どもは本人印で兼用可能のため省略できます)

青枠の保障(損害保険)
 パンフレット(重要事項)のご説明について、アイシン開発株式会社(HP: <http://www.aisin-ad.co.jp>)上のPDFファイルでの提供に同意します。また、重要事項のご説明に記載の加入内容確認事項を承認し、個人情報の取扱いに同意の上、加入(変更)を申込みます。(併せてパンフレット(重要事項)のご説明の提供を受けた方も、同意の上、申込ください。)(以下は「健康状況告知」が必要な場合のみ) 裏面の健康状況告知事項質問事項に対する回答が「はい」となる項目は無く、事実と相違ありません。健康状況告知書ご確認のうえ、内容を正確に記入してください。

赤枠の保障(生命保険)
 本人印 配偶者印 子ども①印 子ども②印 子ども③印 子ども④印

解約(脱退)印欄
 本人以外の脱退についてはBを選択してください。シャチハタ(スタンプ)印可

提出 3月24日(火)締切

所属 _____ (変更の場合は訂正してください) 氏名/氏名コード _____ 日中の連絡先 _____ 必ず記入してください

所属コード _____ 氏名コード _____

連絡希望時間帯: 9時~12時, 12時~13時, 13時~18時

申込日(告知日) 2026年 月 日

ご加入者へのメッセージ

前年度月額保険料合計(確定) _____ 円

今年度月額保険料合計(概算) (以下印字内容で継続される場合) _____ 円

*確定・概算保険料については、パンフレットをご覧ください。
 *がん保険・積立ドリームプラン(賞与)の保険料は除く。

内容を訂正する場合は、二重線で抹消後、訂正印(申込印と同一のもの)を押印のうえ、訂正内容を記入してください。

氏名	★生年月日	★性別	職種
カタカナで記入	昭和 平成 年 月 日生	男性	
カタカナで記入	昭和 平成 年 月 日生	女性	
①カタカナで記入	平成 令和 年 月 日生	男性	
②カタカナで記入	平成 令和 年 月 日生	女性	
③カタカナで記入	平成 令和 年 月 日生	男性	
④カタカナで記入	平成 令和 年 月 日生	女性	
①カタカナで記入	昭和 平成 令和 年 月 日生	男性	
②カタカナで記入	昭和 平成 令和 年 月 日生	女性	
③カタカナで記入	昭和 平成 令和 年 月 日生	男性	
④カタカナで記入	昭和 平成 令和 年 月 日生	女性	
⑤カタカナで記入	昭和 平成 令和 年 月 日生	男性	

病气やケガの保障		介護の保障		死亡・高度障害の保障	
1 入院・手術保障 必須加入	A ケガ後遺障害保障	B 通院保障	C 医療充実保障	H 介護保障(本人)	J 死亡・高度障害保障(本人)
現在加入 型	現在加入 型	現在加入 型	現在加入 型	現在加入 型	現在加入 型
今年度加入型 ① ② ③ ④ ⑤	今年度加入型 ① ② ③ ④ ⑤ (加入しない)	今年度加入型 ① ② ③ ④ ⑤ (加入しない)	今年度加入型 ① ② ③ (加入しない)	今年度加入型 (5型・6型は40才以上のみ対象) ③ ④ ⑤ ⑥ (加入しない)	今年度加入型 ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ (加入しない)
2 休業保障 必須加入	D 長期休業保障	F 通院保障	G 医療充実保障	H 介護保障(配偶者)	J 死亡・高度障害保障(配偶者)
現在加入 型	現在加入 型	現在加入 型	現在加入 型	現在加入 型	現在加入 型
今年度加入型 ① ② ③ ④ ⑤	今年度加入型 ① ② ③ ④ ⑤ (加入しない)	今年度加入型 ① ② ③ ④ (加入しない)	今年度加入型 ① ② ③ (加入しない)	今年度加入型 (5型・6型は40才以上のみ対象) ③ ④ ⑤ ⑥ (加入しない)	今年度加入型 本人と同額もしくはそれ以下の保障額でお申込みください。 ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ (加入しない)
3 入院・手術保障 必須加入	E ケガ後遺障害保障	F 通院保障	G 医療充実保障	M 弁護士費用保障	K レジャー保障
現在加入 型	現在加入 型	現在加入 型	現在加入 型	現在加入 型	現在加入 型
今年度加入型 ① ② ③ ④ ⑤	今年度加入型 ① ② ③ ④ ⑤ (加入しない)	今年度加入型 ① ② ③ ④ (加入しない)	今年度加入型 ① ② ③ (加入しない)	今年度加入型 (加入する) (加入しない)	今年度加入型 ① ② ③ (加入しない)
4 入院・手術保障 必須加入	E ケガ後遺障害保障	F 通院保障	G 医療充実保障	L 個人賠償責任保障	L 個人賠償責任保障
現在加入 型	現在加入 型	現在加入 型	現在加入 型	現在加入 型	現在加入 型
今年度加入型 ① ② ③ ④ ⑤	今年度加入型 ① ② ③ ④ ⑤ (加入しない)	今年度加入型 ① ② ③ ④ (加入しない)	今年度加入型 ① ② ③ (加入しない)	今年度加入型 (加入する) (加入しない)	今年度加入型 (加入する) (加入しない)
5 入院・手術保障 必須加入	E ケガ後遺障害保障	F 通院保障	G 医療充実保障	I 両親介護保障	I 両親介護保障
現在加入 型	現在加入 型	現在加入 型	現在加入 型	現在加入 型	現在加入 型
今年度加入型 ① ② ③ ④ ⑤	今年度加入型 ① ② ③ ④ ⑤ (加入しない)	今年度加入型 ① ② ③ ④ (加入しない)	今年度加入型 ① ② ③ (加入しない)	今年度加入型 (加入する) (加入しない)	今年度加入型 (加入する) (加入しない)

身の回りの事故の保障

M 弁護士費用保障

K レジャー保障

L 個人賠償責任保障

I 両親介護保障

J 死亡・高度障害保障(子ども)

本人が扶養する平成16年6月2日～令和5年6月1日生まれの子どものみ加入できます

積立ドリームプラン*

現在加入	変更後の加入額
月額月払 000円	2,000円～50,000円まで
賞与年払 0,000円	10,000円～500,000円まで
個人年金コース	0,000円

*一般コースの一部請求がweb上で可能です。解約(脱退)の場合は7月中旬頃に必要書類を送付します。加入(変更)年月日は2026年8月1日です。

SGH071
SGH071
SGH071
SGH071
SGH071
SGH071
SGH071
SGH071

SGH071
SGH071
SGH071
SGH071
SGH071
SGH071
SGH071

※ただし、両親介護保障のみに加入する場合は除く。

ご加入に際しての重要なお確認事項(加入者告知事項)

表面および本裏面の★印の項目は、ご加入に際して引受保険会社がおたずねする特に重要な事項（告知事項）です。事実と相違する場合は、ご契約を解除し、保険金や給付金をお支払いできないことがありますので十分に確認のうえご回答ください。

★健康状況告知書質問事項(加入・変更(または解約(脱退))申込票(兼告知票)の表面<告知欄>右のA・Bいずれかへの○印を記入のうえ、「申込印(告知印)欄」への押印によってご回答ください。当告知に関しては、「今年度新規加入される方および今年度保障の増額・追加をされる方」についてのみおたずねしています。同条件で継続される方、保障の減額・解約(脱退)をされる方についてはご回答不要です。

注意事項 健康状況告知に際して事前にご確認いただきたいこと

新規・増額加入にあたっては以下注意点をご確認いただき、加入・変更(または解約(脱退))申込票(兼告知票)の表面<告知欄>右のA・Bいずれかへの○印を記入のうえ、「申込印(告知印)欄」への押印によってお申込みください。

- 健康状況告知の重要性**
健康状況について告知いただく内容は、引受保険会社が公平な引受判断を行うための重要な事項です。必ず被保険者(保障の対象者)ご自身が、ありのままを正確に漏れなくお答えください。
(注1)告知時における被保険者の年齢が満15歳未満の場合には、親権者のうちいずれかの方がお答えください。
(注2)〔損害保険部分のみ〕被保険者が団体構成員のご家族(配偶者、本人および配偶者のこども・両親・兄弟姉妹、本人と同居している親族)である場合は、団体構成員である方が被保険者に確認のうえ、被保険者に代わってお答えいただくことができます。
- 正しく告知されなかった場合の取扱い**
「健康状況告知書質問事項」について、故意または重大な過失によって、事実を告知されなかったり、事実と違うことを告知された場合には、ご加入内容が解除となり、保険金・給付金をお支払いできないことがあります。
- 書面によるご回答のお願い**
取扱代理店や保険会社の職員への口頭によるご回答では、健康状況を告知いただいたことにはなりません。必ず加入・変更(または解約(脱退))申込票(兼告知票)の表面<告知欄>右のA・Bいずれかへの○印を記入のうえ、「申込印(告知印)欄」への押印によってご回答いただきますようお願いいたします。
- 「健康状況告知書質問事項」に該当される場合**
「健康状況告知書質問事項」に該当された場合、新規加入、保障の追加、保障の増額はお引受けできません。(同条件継続、保障の減額・解約(脱退)は可能です)
- 現在の契約を解約(脱退)・減額し、新たなご加入を検討されている方へ**
現在の契約を解約(脱退)・減額し、新たに加入される場合も、新規に加入される場合と同様に「健康状況告知書質問事項」にお答えいただく必要があります。したがって、「健康状況告知書質問事項」に該当される場合は新たなご加入ができなかったり、正しく告知されなかった場合にはご加入内容が解除または取消しとなる場合がありますのでご注意ください。
※損害保険部分の詳細については、重要事項のご説明(注意喚起情報)をご覧ください。

- 6. 保険期間の開始前の発病等の取扱い**
【死亡・高度障害保障(生命保険部分)】
ご加入をお引受けした場合でも、高度障害については、効力発生日前に発生していた傷病を原因として高度障害状態となった場合は保障されません。なお、継続加入されている方で、保障額が前年度と今年度で異なっており、支払事由が前年度に発生していた場合は、前年度の額で保障されます。
【入院・手術保障、休業保障、通院保障、長期休業保障、医療充実保障、介護保障、両親介護保障(損害保険部分)】
ご加入をお引受けした場合でも、ご加入時(*1)より前に発病した病気(*2)(発病日は医師の診断(*3)によります。)または発生した事故によるケガおよび要介護状態の原因となった事由が生じていた場合は保険金をお支払いしません。
このお取扱いは、健康状況告知に誤りがない場合でも例外ではありませんのでご注意ください。
なお、「入院・手術保障、休業保障、通院保障、長期休業保障、医療充実保障、介護保障、両親介護保障(損害保険部分)」の継続加入である場合で、病気を発病した時またはケガの原因となった事故の発生した時が、その病気による疾病入院または先進医療・拡大治療・患者申出療養を開始された日(*4)、就業不能となられた日、先進医療・拡大治療・患者申出療養を開始した日、要介護状態となられた日からご加入の継続する期間を遡及して5年以前であるときは保険金をお支払いすることがあります。
(*1) 疾病、先進医療・拡大治療・患者申出療養に伴う費用、就業不能または要介護状態を補償する契約に新規にご加入される場合は「この保険契約のご加入時(保険期間の開始時)」、疾病、先進医療・拡大治療・患者申出療養に伴う費用、就業不能または要介護状態を補償する契約に継続加入される場合は「継続加入してきた疾病、先進医療に伴う費用、就業不能または要介護状態を補償する保険契約のご加入時(保険期間の開始時)」をいいます。
(*2) 入院または手術、就業不能、先進医療・拡大治療・患者申出療養、要介護状態の原因となった病気と医学上因果関係のある病気を含まれます。
(*3) 人間ドックや定期健康診断での指摘を含みます。
(*4) 疾病入院保険金の支払を伴わない疾病手術保険金または放射線治療保険金の場合は、それぞれ「手術の開始時」、「放射線治療の開始時」に疾病入院が開始したものとみなします。
- 7. その他ご留意いただく点**
ご加入のお申込み後または保険金のご請求の際、健康状況の告知内容について、確認させていただく場合があります。
・「健康状況告知書質問事項」にご回答いただいた後に、万一、告知内容の漏れ・誤りに気づかれた場合は取扱代理店または引受保険会社までご連絡ください。お申し出内容によってはご契約をお引受けできなくなる場合があります。

以下質問事項A、Bについて、ご回答が「はい」となる項目がある場合、新規加入、保障の増額・追加はできません。

質問事項A 死亡・高度障害保障は①～③について、入院・手術保障、休業保障、通院保障、長期休業保障、医療充実保障は①～④についてご回答ください。

死亡・高度障害保障(生命保険)	入院・手術保障、休業保障、通院保障、長期休業保障、医療充実保障(損害保険)	左記の補足説明
①申込日(告知日)現在、以下に該当する事実がありますか。 ・健康上の理由等で就業制限(*1)を受けている【本人のみ】	①申込日(告知日)現在、以下に該当する事実がありますか。 ・病気で入院中、または病気で入院・手術の予定(医師からすすめられている場合を含む)がある。	(*)1「就業制限」とは 勤務先または医師等により欠勤(公休・普通休暇等によるものを含む)を指示されている場合などをいいます。
②申込日(告知日)から過去3か月以内に、以下に該当する事実がありますか。 ・病気で医師の治療(指示・指導を含む)・投薬(*2)を受けた。	②申込日(告知日)から過去3か月以内に、以下に該当する事実がありますか。 ・病気で継続して2週間以上の入院をした。	(*)2「医師の治療(指示・指導を含む)・投薬」とは (1)「治療」とは、投薬、注射、手術、放射線治療、心理療法、食事療法などを受けるために通院などをすることをいいます。 (2)「指示・指導」とは、医師の診察・検査を受けた結果、再検査をすすめられること、治療・入院・手術をすすめられること、投薬、業務上の制限を受けることをいいます。 (3)「検査」とは、医師の指示により受ける「再検査、精密検査」等であり、経過観察を含みます。医師の指示によらない「定期検査、定期健康診断」や保険契約の申込みにとまなう医師の診査は含みません。 定期健康診断や人間ドックを受検することを告知するの必要はありませんが、再検査等の指示を受けたことは告知すべき【医師の指示】にあたります。 (4)「投薬」には、「病気の治療ではなく、健康増進のための服用(ビタミン剤 等)」や【医師に処方されていない市販の薬(かぜ薬、胃腸薬 等)の服用】を含みません。 * 正常妊娠・正常分娩に伴う【医師の治療(指示・指導を含む)・投薬】は該当しません。ただし、申込日(告知日)現在入院している場合は該当します。
③申込日(告知日)から過去1年以内に、以下のいずれかに該当する事実がありますか。 ・病気で手術を受けた。 ・病気で継続して2週間以上の入院をした。 ・病気で2週間以上にわたり(*)医師の治療(指示・指導を含む)・投薬(*2)を受けた。	③申込日(告知日)から過去5年以内に、以下に該当する事実がありますか。 ・がん(*4)または上皮内新生物で、医師による手術または医師の治療・投薬(*5)を受けた。	(*)3「2週間以上にわたり」とは 病気で、医師の治療(指示・指導を含む)・投薬を受け、転院・転科を含め、初診から終診までの継続加療期間が2週間以上の場合をいいます。(実際の治療日数ではありません。) たとえば、受診は2日でも、その間が2週間以上の場合や、合計2週間分以上の投薬を受けた場合は、「2週間以上」となります。 *【終診】とは、医師から次回通院、入院、手術、再検査等の指示を受けなかったことをいいます。 (治療の必要はないが、定期的に経過観察(診察・検査)の必要があると医師から指示を受けている状態は、終診には該当しません。)
	④これまでに、医師に以下のいずれかと診断されたことがありますか。 【☑医療充実保障3型加入の方のみ】 ●がん ●上皮内新生物 ●上皮内癌 ●CIS ●CIN3 ●子宮頸部の高度異形成	(*)4「がん」とは 癌(ガン)、肉腫、白血病、悪性リンパ腫または骨髄腫をいいます。 (*)5「医師の治療・投薬」とは (1)「治療」とは、投薬、注射、手術、放射線治療、心理療法、食事療法などを受けるために通院などをすることをいいます。 (2)「投薬」には、「病気の治療等ではなく、健康増進のための服用(ビタミン剤 等)」や【医師に処方されていない市販の薬(かぜ薬、胃腸薬 等)の服用】を含みません。
		告知の対象外となる病名・症状 (1)入院がなく一過性の症状の場合：虫盲(かぜ)・インフルエンザ・アトピー性皮膚炎・湿疹(ニキビ・吹き出物)・水虫・虫歯・菌の治療・花粉症・アレルギー性鼻炎・巻き爪・食中毒・ものもらい・斜視・結膜炎 (2)ケガ (3)手術を受けて完治した場合：中耳炎のみ (4)新型コロナウイルス感染症(ただし、治療期間が1か月以上、または医療機関への入院がある場合、申込日(告知日)現在完治せず診断が終了していない場合は告知に該当します。) 【死亡・高度障害保障(生命保険)のみ】

質問事項B 介護保障・両親介護保障について、①～②にご回答ください。

①次のいずれかの項目に該当していますか。

介護保障3型・4型、両親介護保障3～5型の場合
(1) 歩行、寝返り、立ち上がり、入浴、排せつ、食事および衣類の着脱のいずれかの行為の際に、他人の介護が必要である。
(2) 公的介護保険制度において要介護認定申請(要支援1～要介護5の認定を受けるための申請)をしたことがある。

介護保障5型・6型、両親介護保障6～8型の場合(軽度介護一時金込みプラン)
(1) 歩行、寝返り、立ち上がり、入浴、排せつ、食事、衣類の着脱、片足での立位保持、掃除、内服薬の服用および金銭の管理のいずれかの行為の際に、他人の介護、介助または何らかの支えが必要である。
(2) 公的介護保険制度において要介護認定申請(要支援1～要介護5の認定を受けるための申請)をしたことがある。

②申込日(告知日)より過去2年以内に、医師により、「病名・症状一覧」記載の病気や症状と診断されたことがある。
※申込日(告知日)より過去2年以上前に診断され、過去2年以内に医師の治療・投薬を受けている場合を含みます。
尚、申込日(告知日)より過去2年以上前に終診していれば告知の対象外です。

補足説明	判定	平らな床の上で両足での立位の後、自分で左右いずれかの片足を上げた状態のままの立位を1秒間程度保持することをいいます。
「階段の昇り」ができない状態とは	自分で居室の掃除ができない状態をいい、指示、見守りまたは確認等が必要な状態および掃除が不完全であり介助者等が再度掃除を行う必要がある状態を含みます。	
「金銭の管理」ができない状態とは	飲む時間もしくは飲む量の指示または水を用意する等の何らかの介助を要する状態を含みます。	
医師の治療・投薬とは	金銭の管理に何らかの介助を行われている状態をいい、自分でいくら使ったかわからない、または計算間違いをする等により介助者が確認を要する状態を含みます。	
	(1)「治療」とは、投薬、注射、手術、放射線治療、心理療法、食事療法などを受けるために通院などをすることをいいます。 (2)「投薬」には、病気の治療等ではなく、健康増進のための服用(ビタミン剤 等)や医師に処方されていない市販の薬(かぜ薬、胃腸薬 等)の服用を含みません。	

＜病名・症状の一覧＞

脳血管系の病気等	●脳卒中(脳出血、くも膜下出血、脳梗塞(脳血栓、脳塞栓、脳軟化)等) ●脳虚血発作(一過性脳虚血発作(TIA)、可逆性虚血性神経障害(RIND)等) ●眼底出血(網膜出血、硝子体出血、網膜中心静脈閉塞症等)をいい、外傷性を除きます) ●脳動脈瘤 ●脳動静脈奇形
心臓系の病気等	●虚血性心疾患(狭心症、心筋梗塞、冠不全等) ●不整脈(心室細動、心房細動、心室頻拍、期外収縮等)をいい、治療や経過観察を必要としない不整脈を除きます) ●心臓弁膜症(僧帽弁狭窄症、僧帽弁閉鎖不全症、大動脈弁狭窄症、大動脈弁閉鎖不全症等) ●心内膜炎 ●心肥大(心室肥大等) ●心不全 ●心筋症 ●動脈瘤
呼吸器系の病気等	●肺塞栓症(肺梗塞等) ●慢性閉塞性肺疾患(COPD)(肺気腫、慢性気管支炎) ●塵肺(珪肺症、アスベスト肺症等) ●肺線維症 ●気管支喘息(終診した小児喘息を除きます)
腎臓系の病気等	●慢性腎炎(増殖性腎炎、膜性腎症、IgA腎症等) ●腎不全 ●ネフローゼ症候群 ●人工透析治療を要するその他の腎臓疾患
肝臓系の病気等	●肝硬変 ●肝不全 ●慢性肝炎 ●B型肝炎* ●C型肝炎* *ウイルスキャリア(感染者)を含みます。
筋・骨格系の病気等	●後遺症の残る骨折(上肢の骨折を除きます) ●骨髄炎 ●骨粗しょう症 ●脊柱管狭窄症 ●変形関節症
悪性新生物	●悪性新生物(がん、肉腫、白血病、悪性リンパ腫、骨髄腫をいい、上皮内新生物は除きます) ●脳腫瘍
その他	●糖尿病(インシュリン等の注射剤を投与している場合に限り) ●頭部外傷(後遺障害があると診断された場合に限り) ●膠原病(関節リウマチおよびリウマチ性疾患を含みます) ●正常圧水頭症 ●好酸球性筋膜炎 ●精神障害(アルツハイマー病や認知症、うつ病等の精神病や神経症、アルコール・薬物依存症を含みます。) ●厚生労働省指定の公費助成対象の難病(告知日時点における特定疾患治療研究事業の対象として公費助成の対象となる難病をいい、難病の患者に対する医療等に関する法律(難病法)において規定する指定難病を含みます。具体的な病名は「難病情報センター」のホームページ(https://www.nanbyou.or.jp)等でご確認いただけます。これらの難病と診断された方は、都道府県への申請により医療受給証の交付を受けることができますが、交付を受けていくとも告知の対象となりますので、ご注意ください)

*上記記載の病名・症状に該当するか等、ご不明な点がある場合には、取扱代理店または引受保険会社までご照会ください。「診断名」が明確でない場合は、主治医等にあらかじめご確認のうえ、ご照会ください。

★職種別について (損害保険に関する質問事項)

ご家族(配偶者、こども、同居の親族)または別居の両親がご加入される場合、ご加入されるご家族の職種別を告知いただくことが必要です。募集パンフレットをご参照いただき、該当する職種別に応じて加入・変更(または解約)申込票(兼告知票)の職種別欄および下欄に下記の要領をご記入ください。
【例1】職種別Aに該当する場合…職種別欄に「A」と記入。(下欄へのご記入は不要です。)
【例2】職種別Bに該当する場合…職種別欄に「B」と記入。下欄に該当のご家族のご氏名・ご職業を記入。
【例3】特別危険料率に該当する場合…職種別欄に「特」と記入。下欄に該当のご家族のご氏名・ご職業を記入。
※職種別欄への記入がない場合は職種別Aと告知されたものとみなします。

	氏名	職業	氏名	職業
1			3	
2			4	

★他の保険契約等について (損害保険に関する質問事項)

被保険者(保障の対象者)についておたずねします。同種の危険を補償する他の保険契約等(団体総合生活補償保険・普通傷害保険・介護補償保険・共済契約等)をいい、いずれも積立保険を含みます。)がありますか。
※ご記入のない場合、「なし」と回答したものとみなします。
※他の保険会社等による契約を含み、自動車保険、死亡した場合に保険金を支払う生命保険は含みません。

被保険者氏名	保険種類	死亡・後遺障害保険金額	入院保険金日額	通院保険金日額	介護一時金額
		万円	円	円	円
		万円	円	円	円
		万円	円	円	円

保険金請求履歴について (損害保険に関する質問事項)

被保険者(保障の対象者)についておたずねします。同種の危険を補償する他の保険契約等(団体総合生活補償保険・普通傷害保険・介護補償保険・共済契約等)をいい、いずれも積立保険を含みます。)で過去3年間に合計して5万円以上保険金を請求または受領したことがありますか。
※他の保険会社等における保険金請求を含みます。

被保険者氏名	保険会社	回数	合計金額
		回	円
		回	円
		回	円

その他の事項

- アイシングループ総合保障は複数の生命保険と損害保険を組み合わせた保障制度です。加入情報を一元的に管理し、円滑な制度運営を行うために、各保障コースへの加入内容すべてについて、各引受幹事会社および取扱代理店に提供することがあります。
- アイシングループ総合保障の幹事会社は以下のとおりです。
生命保険(幹事会社):日本生命保険相互会社 損害保険(幹事会社):三井住友海上火災保険株式会社、損害保険ジャパン株式会社、東京海上日動火災保険株式会社
- 日本生命保険相互会社、三井住友海上火災保険株式会社双方が事務取扱に必要な範囲で互いの加入内容を知り得ることがありますが、それぞれの保険申込みの目的以外では、当該情報を一切使用しません。特段のお申し出のない限り同意いただいたものとさせていただきますので、ご了承ください。
- 生命保険に関しては複数の保険会社による共同取扱契約の場合、幹事会社が他の引受保険会社から委任を受けて事務を行います。引受保険会社は引受割合に応じて保険契約上の権利を有し義務を負うものであり、相互に連帯して責任を負うものではありません。また、将来に向かって、引受保険会社および引受割合の変更もありません。
- 生命保険部分の正式名称は、死亡・高度障害の保障:団体定期保険、積立ドリームプラン:拠出型企業年金保険です。
- 損害保険部分については、募集パンフレットをご覧ください。