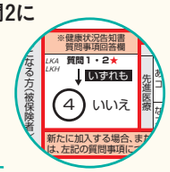
健康に関する告知質問事項

●以下の「健康に関する告知ご回答のご案内」をご覧のうえ、質問事項にご回答ください。
●「コープの三大疾病保険（団体総合生活補償保険(MS&AD型)）」にお申し込みいただく際には、下記の質問事項につき正確にご回答ください。
この質問事項に対するご回答が事実と相違する場合、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。
●下記の質問事項には、組合員（加入者）ご自身がお答えください。

	質問事項
質問1	これまでに医師に**がん（上皮内新生物を含む）・心筋梗塞・脳卒中（脳梗塞、脳内出血およびくも膜下出血）**のいずれかと診断されたことがありますか？
質問2	**過去2年以内**に、病気により医師の手術を受けたこと、または入院したことがありますか？ ※新型コロナウイルスによる自宅療養等は入院歴にはあたりません。 妊娠・出産に関わる手術歴・入院歴については、告知は不要です。

質問1および質問2に対する回答が いずれも「いいえ」の場合のみ、お引き受けします。



〈ご注意〉普通保険約款およびセットされる特約により保険金をお支払いできない場合があります。
なお、初年度契約の補償開始時より前に発病(※1)した病気(※2)については保険金をお支払いしません。

（※1）「発病」とは、医師が診断（人間ドックや定期健康診断での指摘を含みます）した発病をいいます。
発病日は「初診日」または「要再検査・要精密検査・要治療となった健康診断の受診日」となります。
ただし、先天性異常については、医師が診断したことによりはじめて発見されることをいいます。
（※2）初年度契約の補償開始時より前に罹患していた既往症と因果関係があると診断された病気を含みます。
ただし、補償開始後1年超経過してお支払いの事由に該当した場合は、因果関係を問わず保険金をお支払いします。

コープの三大疾病保険　健康に関する告知ご回答のご案内（必ずお読みください）

以下の注意点をお読みいただき、健康に関する告知をご回答ください。
<継続加入の場合で、保険責任を加重(*)することなくご継続いただく場合には、あらためて健康に関する告知をいただく必要はありません。>
（*）保険金額の増額（100万円コースから200万円コースへの変更・特約の追加等）等、疾病に関する補償を拡大することをいいます。

1.健康に関する告知の重要性
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。必ず加入者本人が被保険者（補償の対象者）全員について、ありのままを正確に漏れなくご回答ください。

2.正しく告知されなかった場合のお取扱い
「健康に関する告知質問事項」について、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、ご加入内容が解除または取消しとなり、保険金をお支払いできないことがあります。

3.書面によるご回答のお願い
○代理店・扱者には告知受領権があり、代理店・扱者に対して告知いただいた事項は、引受保険会社に告知いただいたものとなります。○代理店・扱者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なりません。必ず加入申込票の「健康状況告知書質問事項回答欄」へのご記入、または、インターネット加入システムにてご回答いただきますようお願いします。

4.健康に関する告知が必要な方
「健康に関する告知質問事項」に該当された場合、お引受けできません。

5.現在のご契約を解約・減額され、新たにご加入を検討されているお客さまへ
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お取扱い
上記「健康に関する告知質問事項」の「ご注意」および、補償内容・重要事項のご説明等をご覧ください。

7.その他ご留意いただく点
○ご加入のお申込後または保険金のご請求の際、引受保険会社の社員または引受保険会社で委託した確認担当者が健康状況の告知内容等を確認させていただく場合があります。
○「健康に関する告知質問事項」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代理店・扱者または引受保険会社までご連絡ください。告知内容の訂正の手続きをご案内します。ただし、お申出内容によっては訂正をお受けできずご加入をそのままご継続いただけない場合があります。

加入申込票 記入例

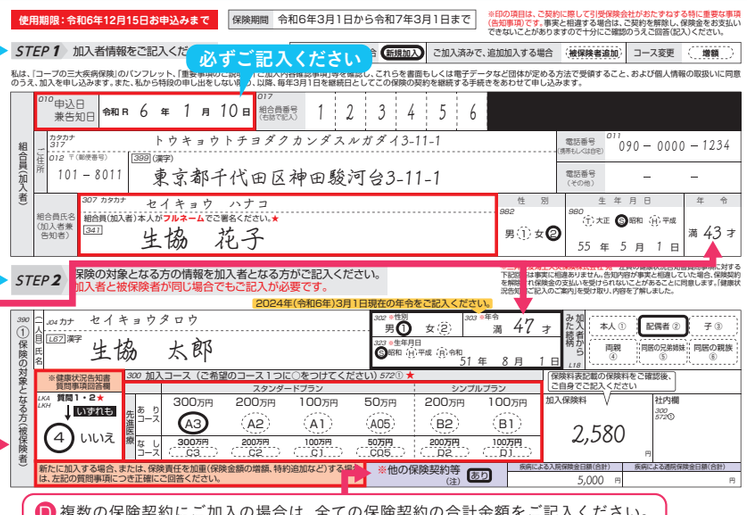
生協花子

訂正、取消の場合は二重線で消し、訂正箇所に訂正署名（フルネーム）または訂正印を押印ください。

Ⓐ ご記入はSTEP1・2いずれも組合員（加入者）ご本人がご記入ください。

Ⓑ 団体契約の保険始期（2024年3月1日）現在の満年令をご記入ください。
※2024年3月1日現在の満年令により保険料が決定するためです。

Ⓒ 加入者と被保険者が同じ場合でも、ご記入ください。



Ⓓ 複数の保険契約にご加入の場合は、全ての保険契約の合計金額をご記入ください。

キリトリ

切り取り後、生協の地域担当者に一声かけてお渡しください。

コープの三大疾病保険 加入申込票 兼 健康状況告知書

（団体総合生活補償保険(MS&AD型)）
ご記入の際はもれなく消せない黒のボールペンでご記入ください。

000 AAA 020 994 354
RA81 03 88 LF ④

ご記入はSTEP1・2いずれも組合員（加入者）ご本人がご記入ください。 ★の項目は加入者の訂正署名（フルネーム）が必要です。

使用期限：令和6年12月15日お申込みまで　保険期間 令和6年3月1日から令和7年3月1日まで

※印の項目は、ご契約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ご確認のうえご回答（記入）ください。

STEP 1 加入者情報をご記入ください。

新たにご加入する場合 新規加入 ／ ご加入済みで、追加加入する場合 被保険者追加 ／ コース変更 増額

私は、「コープの三大疾病保険」のパンフレット、「重要事項のご説明」、「ご加入内容確認事項」等を確認し、これらを書面もしくは電子データなど団体が定める方法で受領すること、および個人情報の取扱いに同意のうえ、加入を申し込みます。また、私から特段の申し出をしない限り、以降、毎年3月1日を継続日としてこの保険の契約を継続する手続きをあわせて申し込みます。

組合員（加入者）		
010 申込日 兼告知日	令和 R 年 月 日	017 組合員番号（右詰で記入）
ご住所	カタカナ 317 012 〒（郵便番号） － 399（漢字）	電話番号（携帯もしくは自宅） 011 － － 電話番号（その他） － －
組合員氏名（加入者兼告知者）	307 カタカナ 組合員（加入者）本人が**フルネーム**でご署名ください。★ 341	性別 982 男 1 女 2 生年月日 980 T 大正 S 昭和 H 平成 年 月 日 年令 満 才

STEP 2 保険の対象となる方の情報を加入者となる方がご記入ください。
加入者と被保険者が同じ場合でもご記入が必要です。

※三井住友海上火災保険株式会社 宛　左頁の健康状況告知書質問事項に対する下記回答は事実に相違ありません。告知内容が事実と相違していた場合、保険契約を解除され保険金の支払いを受けられないことがあることに同意します。「健康状況告知書ご記入のご案内」を受け取り、内容を了解しました。

2024年（令和6年）3月1日現在の年令をご記入ください。

390 ① 保険の対象となる方（被保険者）

（一人目）氏名	J04 カナ L67 漢字	302 ※性別 男 1 女 2 303 ※年令 満 才 323 ※生年月日 S 昭和 H 平成 R 令和 年 月 日
加入者からみた続柄 L18	本人 ① 配偶者 ② 子 ③ 両親 ④ 同居の兄弟姉妹 ⑤ 同居の親族 ⑥	

※健康状況告知書質問事項回答欄
LKA LKH 質問1・2★ → いずれも 4 いいえ

300 加入コース（ご希望のコース1つに○をつけてください）572① ★

先進医療	スタンダードプラン				シンプルプラン	
ありコース	300万円 A3	200万円 A2	100万円 A1	50万円 A05	200万円 B2	100万円 B1
なしコース	300万円 C3	200万円 C2	100万円 C1	50万円 C05	200万円 D2	100万円 D1

保険料表記載の保険料をご確認後、ご自身でご記入ください
加入保険料 円　社内欄 300 572①

新たに加入する場合、または、保険責任を加重（保険金額の増額、特約追加など）する場合は、左記の質問事項につき正確にご回答ください。

※他の保険契約等（注） あり

疾病による入院保険金日額（合計）	疾病による通院保険金日額（合計）
円	円

390 ② 保険の対象となる方（被保険者）

（一人目）氏名	J04 カナ L67 漢字	302 ※性別 男 1 女 2 303 ※年令 満 才 323 ※生年月日 S 昭和 H 平成 R 令和 年 月 日
加入者からみた続柄 L18	本人 ① 配偶者 ② 子 ③ 両親 ④ 同居の兄弟姉妹 ⑤ 同居の親族 ⑥	

※健康状況告知書質問事項回答欄
LKA LKH 質問1・2★ → いずれも 4 いいえ

300 加入コース（ご希望のコース1つに○をつけてください）572① ★

先進医療	スタンダードプラン				シンプルプラン	
ありコース	300万円 A3	200万円 A2	100万円 A1	50万円 A05	200万円 B2	100万円 B1
なしコース	300万円 C3	200万円 C2	100万円 C1	50万円 C05	200万円 D2	100万円 D1

保険料表記載の保険料をご確認後、ご自身でご記入ください
加入保険料 円　社内欄 300 572①

新たに加入する場合、または、保険責任を加重（保険金額の増額、特約追加など）する場合は、左記の質問事項につき正確にご回答ください。

※他の保険契約等（注） あり

疾病による入院保険金日額（合計）	疾病による通院保険金日額（合計）
円	円

（注）スタンダードプランにご加入で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、団体総合生活補償保険等の病気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○印の隣の欄にご記入ください。ご記入のない場合、「なし」と回答したことになります。（他の保険会社等における契約、団体契約、生命保険契約、共済契約を含みます。）

生協名（カナ）018	イバラキケンチョウセイキョウ	生協コード 019	1490008

生協使用欄	受付日	令和 年 月 日	事業所名		事業所コード		担当者名		担当者コード	

記代理店欄	R50 合計保険料	受付担当	受付日	中途加入始期日	受付連番	098 加入者番号	099 旧加入者番号	331 特記事項（カナ）
	円		令和 年 月 日	令和 年 月 日				

被保険者記入欄が不足する場合や記載事項の確認については生協職員ではなく、代理店までお問合わせください。

DC230901-A　2023.9/AHJ62

キリトリ

この加入申込票は、複写式ではありません。「コープの三大疾病保険」のご加入控となりますので切り取っていただき、加入者証が届くまで大切に保管願います。

生協の係記入
『コープの三大疾病保険』
加入申込票本人控

加入者氏名	申込みコース名	受付日	受付者印
様	保険料欄 円	令和 年 月 日	店 センター

加入者証は、**補償開始後、1か月以内に郵送されます。**<ご注意>保険料を2か月連続してお引き落としが出来ない場合、ご契約を解除させていただきます。