

禁煙★チャレンジ！保険料率変更請求書兼告知書

4140900

SOMPOひまわり生命保険株式会社 宛

保険会社提出用

1

証券番号

保険料率変更請求書

SOMPOひまわり生命保険株式会社の普通保険約款および各特約情報に基づき、下記契約の保険料率の変更を請求します。
また、裏面の説明事項を確認し、個人情報の取扱について同意します。

2 記入日 令和 年 月 日

3 契約者	(フリガナ) (自署)	法人印
-------	----------------	-----

個人契約者は押印不要

4 親権者 後見人等	(自署)	契約者との続柄	法人印
---------------	------	---------	-----

親権者

後見人

個人の場合は押印不要

※保険契約者に成年後見人が必要な場合には後見人の同意が必要です。

5 契約者住所	(フリガナ) 〒 - 都道府県 市町村 郵便番号	転居時期	転居済	/	転居予定	令和 年 月 日	電話番号	- - -
---------	--------------------------------------	------	-----	---	------	----------	------	-------

告知書

裏面の貴社の個人情報の取扱(第三者に提供することを含みます)について内容を確認し、同意します。

貴社が保険契約者(申込者)に対して、被保険者の告知内容、審査結果等を知らせること、および提出した告知書等の書類は返却されないことに同意します。
告知は被保険者本人が行い、事実に相違ありません。

1 告知日 令和 年 月 日 必ず被保険者ご本人が、ありのままを正確に、もれなくご記入ください。

2 被保険者	(フリガナ) (自署)
--------	----------------

3 告知	過去1年以内に、喫煙またはタバコ商品を使用したことがありますか。 ※喫煙・タバコ商品は紙巻タバコ、葉巻、パイプ、嗜みタバコ、嗅ぎタバコ、ニコチンガム、ニコチンパッチ、電子タバコ、加熱式タバコ等を含みます。 ⚠ 「いいえ」か「はい」のどちらかを 必ず○で囲んでください。	いいえ	はい
------	---	-----	----

告知が「はい」の場合、禁煙チャレンジは不成功となります。

取扱者・会社使用欄／備考欄

取扱者受付日欄

受付日 令和 年 月 日	取扱者印 印
-----------------	-----------

効力発生日

令和 年 月 日

営業店到着日

本社到着日

■ 個人情報のお取扱いについて

【個人情報の取扱いに関する事項】

当社は、本契約に関する個人情報を次の目的のために業務上必要な範囲で利用します。

①各種保険契約のお引き受け・ご継続・維持管理、保険金・給付金等のお支払い、本人確認

②再保険契約の締結、再保険金の請求

③関連会社・提携会社を含む各種商品・サービスのご案内・提供(※)

④当社業務に関する情報提供・運営管理、商品・サービスの充実

⑤その他保険に関連・付随する業務等(※)

※お客様の属性情報、取引履歴やウェブサイトの閲覧履歴等の情報を分析して、お客様のニーズにあった各種商品・サービスに関する広告等の配信等をすることを含みます。

【第三者への提供および第三者からの取得】

当社は、次の場合に本契約に関する個人情報を第三者に提供を行い、またはこれらの者から提供を受けることがあります。なお、これらの者には外国にある事業者等を含みます。

①医療機関などの関係先(医師・面接士・契約確認会社等)に業務上必要な照会を行う場合

②再保険契約の締結や再保険金の受領等のために、国内外の再保険会社に必要な個人情報を提供する場合(再保険会社が国内外の別の再保険会社へ情報を提供する場合も含みます。)

③法令に基づく場合

④当社の業務遂行上必要な範囲で、募集代理店を含む委託先に提供する場合

⑤当社の国内外のグループ会社・提携会社との間で共同利用を行う場合

⑥契約内容登録制度、契約内容照会制度および支払査定時照会制度に基づき、他の生命保険会社、共済、(一社)生命保険協会との間において共同利用を行う場合

【契約内容登録制度・契約内容照会制度】

当社は、生命保険制度が健全に運営され、各種保険金・年金・給付金等のお支払いが正しく確実に行われるよう、「医療保障保険契約

内容登録制度」「契約内容登録制度」に基づき、(一社)生命保険協会においてこれらの保険金・年金・給付金等のある保険契約および特約についての登録を実施し、生命保険会社との間で、個人データを共同利用します。平成14年4月以降の登録内容から、各生命保険会社および全国共済農業協同組合連合会は「契約内容照会制度」に基づき相互に照会しております。

【支払査定時照会制度】

保険金等の請求があった場合や、これらに係る保険事故等が発生したと判断される場合に、(一社)生命保険協会加盟の各生命保険会社、全国共済農業協同組合連合会、全国労働者共済生活協同組合連合会および日本コープ共済生活協同組合連合会(以下「各生命保険会社等」)が、当社を含む各生命保険会社等に対し、「支払査定時照会制度」に基づき、(一社)生命保険協会を通じ、各生命保険会社等が保有する保険契約等に関する(1)被保険者の氏名、生年月日、性別、住所(2)保険事故発生日、死亡日、入院日・退院日、対象となる保険事故(照会を受けた日から5年以内)(3)保険種類、契約日、復活日、消滅日、保険契約者の氏名および被保険者との続柄、死亡保険金等受取人の氏名および被保険者との続柄、死亡保険金額、給付金日額、各特約内容、保険料および払込方法等の全部または一部を照会した場合には、各生命保険会社等がこれらの照会に応じて情報を提供したり、これらの情報は各生命保険会社等による保険金等の支払等の判断の参考にすることがあります。

【センシティブ情報の取扱い】

当社は、保健医療等のセンシティブ情報(要配慮個人情報を含みます。)の利用目的は、法令等に従い、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定します。

当社の個人情報の取扱いに関する詳細(国外在住者の個人情報を含みます。)、外国にある事業者等への個人情報の提供、グループ会社等については、当社公式ウェブサイト(<https://www.himawari-life.co.jp/>)をご覧ください。

■ 禁煙チャレンジ制度のお取扱いについて

禁煙チャレンジ制度の取扱いにあたって、つぎの点についてご確認ください。

- **保険料率変更のお申出の際に、すでに支払事由に該当している場合には、お取扱いできません。**
- 保険料率変更の告知日が、契約日からその日を含めて1年以上かつ5年以内にある場合にお取扱いが可能です。
- 保険料率変更のお申出の際に、喫煙状況が当社の定める範囲内であっても、健康状態などが当社の定める基準を満たさない場合には、お取扱いできません。
- 「標準保険料率」でお申し込みいただいた主契約・特約は、保険料率変更のお取扱いはできません。
- ご契約後の保険料率変更時に、告知いただいたことががらが事実と違っていた場合、当社は保険料率の変更の取消しを行うことがあります。また、その後の保険料率変更やご契約のお引受をお断りさせていただくことがあります。
- 禁煙チャレンジ後に、当社の確認担当職員または当社で委託した確認担当者が、お手続き内容について確認をさせていただいたり、所定の検査を求める場合があります。
- 禁煙チャレンジの結果、新しく適用する保険料率を新保険証券等で通知します。
- 当社の定める変更基準を満たさない場合は、現在の保険料率が引き続き適用されます。
- 割安になる率はご契約の内容・ご加入の年齢などによって異なります。
- 当社の定める基準は、将来にわたって変更となる可能性があります。

※上記取扱いは令和4年10月現在の内容に基づいています。詳細については、当社までお問い合わせください。

禁煙★チャレンジ！保険料率変更請求書兼告知書

4140900

SOMPOひまわり生命保険株式会社 宛

提出不要

1

証券番号

保険料率変更請求書

SOMPOひまわり生命保険株式会社の普通保険約款および各特約情報に基づき、下記契約の保険料率の変更を請求します。
また、裏面の説明事項を確認し、個人情報の取扱について同意します。

2 記入日 令和 年 月 日

3 契約者	(フリガナ) (自署) ＊ ＊ ＊ ＊ ＊ ＊ ＊	法人印 ＊
-------	---------------------------------	----------

個人契約者は押印不要

4 親権者 後見人等	(自署) ＊ ＊ ＊ ＊ ＊ ＊	契約者との続柄 新規 後見人	法人印 ＊
---------------	---------------------	----------------------	----------

個人の場合は押印不要

※保険契約者に成年後見人が必要な場合には後見人の同意が必要です。

5 契約者住所	(フリガナ) 〒 - 都道府県 市町村 郵便番号	転居時期 転居済 / 転居予定 令和 年 月 日 電話番号 - - -
---------	--------------------------------------	---

告知書

裏面の貴社の個人情報の取扱(第三者に提供することを含みます)について内容を確認し、同意します。
貴社が保険契約者(申込者)に対して、被保険者の告知内容、審査結果等を知らせること、および提出した告知書等の書類は返却されないことに同意します。
告知は被保険者本人が行い、事実に相違ありません。

1 告知日 令和 年 月 日 必ず被保険者ご本人が、ありのままを正確に、もれなくご記入ください。

2 被保険者	(フリガナ) (自署) ＊ ＊ ＊ ＊ ＊ ＊ ＊ ＊
--------	-----------------------------------

3 告知 過去1年以内に、喫煙またはタバコ商品を使用したことがありますか。
※喫煙・タバコ商品は紙巻タバコ、葉巻、パイプ、嗜みタバコ、嗅ぎタバコ、ニコチンガム、ニコチンパッチ、電子タバコ、加熱式タバコ等を含みます。

△ 「いいえ」か「はい」のどちらかを
必ず○で囲んでください。

いいえ はい

告知が「はい」の場合、禁煙チャレンジは不成功となります。

告知日と告知を記入してお手元に保管願います。

■ 個人情報のお取扱いについて

【個人情報の取扱いに関する事項】

当社は、本契約に関する個人情報を次の目的のために業務上必要な範囲で利用します。

①各種保険契約のお引き受け・ご継続・維持管理、保険金・給付金等のお支払い、本人確認

②再保険契約の締結、再保険金の請求

③関連会社・提携会社を含む各種商品・サービスのご案内・提供(※)

④当社業務に関する情報提供・運営管理、商品・サービスの充実

⑤その他保険に関連・付随する業務等(※)

※お客様の属性情報、取引履歴やウェブサイトの閲覧履歴等の情報を分析して、お客様のニーズにあった各種商品・サービスに関する広告等の配信等をすることを含みます。

【第三者への提供および第三者からの取得】

当社は、次の場合に本契約に関する個人情報を第三者に提供を行い、またはこれらの者から提供を受けることがあります。なお、これらの者には外国にある事業者等を含みます。

①医療機関などの関係先(医師・面接士・契約確認会社等)に業務上必要な照会を行う場合

②再保険契約の締結や再保険金の受領等のために、国内外の再保険会社に必要な個人情報を提供する場合(再保険会社が国内外の別の再保険会社へ情報を提供する場合も含みます。)

③法令に基づく場合

④当社の業務遂行上必要な範囲で、募集代理店を含む委託先に提供する場合

⑤当社の国内外のグループ会社・提携会社との間で共同利用を行う場合

⑥契約内容登録制度、契約内容照会制度および支払査定時照会制度に基づき、他の生命保険会社、共済、(一社)生命保険協会との間において共同利用を行う場合

【契約内容登録制度・契約内容照会制度】

当社は、生命保険制度が健全に運営され、各種保険金・年金・給付金等のお支払いが正しく確実に行われるよう、「医療保障保険契約

内容登録制度」「契約内容登録制度」に基づき、(一社)生命保険協会においてこれらの保険金・年金・給付金等のある保険契約および特約についての登録を実施し、生命保険会社との間で、個人データを共同利用します。平成14年4月以降の登録内容から、各生命保険会社および全国共済農業協同組合連合会は「契約内容照会制度」に基づき相互に照会しております。

【支払査定時照会制度】

保険金等の請求があった場合や、これらに係る保険事故等が発生したと判断される場合に、(一社)生命保険協会加盟の各生命保険会社、全国共済農業協同組合連合会、全国労働者共済生活協同組合連合会および日本コープ共済生活協同組合連合会(以下「各生命保険会社等」)が、当社を含む各生命保険会社等に対し、「支払査定時照会制度」に基づき、(一社)生命保険協会を通じ、各生命保険会社等が保有する保険契約等に関する(1)被保険者の氏名、生年月日、性別、住所(2)保険事故発生日、死亡日、入院日・退院日、対象となる保険事故(照会を受けた日から5年以内)(3)保険種類、契約日、復活日、消滅日、保険契約者の氏名および被保険者との続柄、死亡保険金等受取人の氏名および被保険者との続柄、死亡保険金額、給付金日額、各特約内容、保険料および払込方法等の全部または一部を照会した場合には、各生命保険会社等がそれらの照会に応じて情報を提供したり、これらの情報は各生命保険会社等による保険金等の支払等の判断の参考にすることがあります。

【センシティブ情報の取扱い】

当社は、保健医療等のセンシティブ情報(要配慮個人情報を含みます。)の利用目的は、法令等に従い、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定します。

当社の個人情報の取扱いに関する詳細(国外在住者の個人情報を含みます。)、外国にある事業者等への個人情報の提供、グループ会社等については、当社公式ウェブサイト(<https://www.himawari-life.co.jp/>)をご覧ください。

■ 禁煙チャレンジ制度のお取扱いについて

禁煙チャレンジ制度の取扱いにあたって、つぎの点についてご確認ください。

- **保険料率変更のお申出の際に、すでに支払事由に該当している場合には、お取扱いできません。**
- 保険料率変更の告知日が、契約日からその日を含めて1年以上かつ5年以内にある場合にお取扱いが可能です。
- 保険料率変更のお申出の際に、喫煙状況が当社の定める範囲内であっても、健康状態などが当社の定める基準を満たさない場合には、お取扱いできません。
- 「標準保険料率」でお申し込みいただいた主契約・特約は、保険料率変更のお取扱いはできません。
- ご契約後の保険料率変更時に、告知いただいたことががらが事実と違っていた場合、当社は保険料率の変更の取消しを行うことがあります。また、その後の保険料率変更やご契約のお引受をお断りさせていただくことがあります。
- 禁煙チャレンジ後に、当社の確認担当職員または当社で委託した確認担当者が、お手続き内容について確認をさせていただいたり、所定の検査を求める場合があります。
- 禁煙チャレンジの結果、新しく適用する保険料率を新保険証券等で通知します。
- 当社の定める変更基準を満たさない場合は、現在の保険料率が引き続き適用されます。
- 割安になる率はご契約の内容・ご加入の年齢などによって異なります。
- 当社の定める基準は、将来にわたって変更となる可能性があります。

※上記取扱いは令和4年10月現在の内容に基づいています。詳細については、当社までお問い合わせください。

保険料率変更請求書兼告知書の記入例

禁煙チャレンジ制度を申込む書類です。

「記入例」をよくお読みのうえ、契約者様は青色部分、被保険者様は緑色部分を黒ボールペンでご記入ください。

禁煙★チャレンジ！保険料率変更請求書兼告知書 4140900

SOMPOひまわり生命保険株式会社 宛 保険会社提出用

1 証券番号 1 2 3 4 5 - 6 7 8

保険料率変更請求書

SOMPOひまわり生命保険株式会社の普通保険約款および各特約情報に基づき、下記契約の保険料率の変更を請求します。
また、裏面の説明事項を確認し、個人情報の取扱について同意します。

2 記入日 令和 4 年 4 月 1 日

3 (フリガナ) ヒマワリ タロウ
(自署) ひまわり 太郎 法人印
個人契約者は押印不要

4 (自署) 親権者 後見人等 契約者との続柄 法人印
個人の場合は押印不要

※保険契約者に成年後見人か必要な場合には後見人の同意が必要です。

5 (フリガナ) トウキョウト シンジュククニシシンジュク
〒 160-0023 東京 都 道 新宿 市 郡 県 西新宿6-13-1
転居時期 転居済 / 転居予定 令和 年 月 日 電話番号 090-1234-567X

告知書

裏面の貴社の個人情報の取扱(第三者に提供することを含みます)について内容を確認し、同意します。
貴社が保険契約者(申込者)に対して、被保険者の告知内容、審査結果等を知らせること、および提出した告知書等の書類は返却されないことに同意します。
告知は被保険者本人が行い、事実に相違ありません。

1 告知日 令和 4 年 4 月 1 日 必ず被保険者ご本人が、そのままを正確に、もれなくご記入ください。

2 (フリガナ) ヒマワリ ハナコ
(自署) ひまわり 花子

3 告知 過去 1 年以内に、喫煙またはタバコ商品を使用したことありますか。
※喫煙・タバコ商品は紙巻タバコ、葉巻、パイプ、嗜みタバコ、喫ぎタバコ、ニコチンガム、ニコチンパッチ、電子タバコ、加熱式タバコ等を含みます。

△ 「いいえ」か「はい」のどちらかを
必ず○で囲んでください。 いいえ はい
告知が「はい」の場合、禁煙チャレンジは不成功となります。

契約者様記入例

- 1 証券番号を必ずご記入ください。
- 2 ご記入いただいた日を和暦でご記入ください。
- 3 契約者様ご本人が必ず自署してください。
法人契約の場合は、法人名、役職名、代表者名を漏れなくご記入(ゴム印可)のうえ、法人印を押印してください。
- 4 契約者様が未成年、または後見人登録されている場合にご記入ください。
- 5 契約者様のご住所に変更がある場合は、新しいご住所をご記入ください。
転居予定の方は、転居予定日もご記入ください。

誤って記入された場合は、該当箇所を二重線で取り消し、正しい内容をご記入ください。
取消線のそばに契約者様がフルネームで署名のうえ、署名を○で囲ってください。
訂正印(契約者印押印の場合は同一の印)による訂正も可能です。

訂正方法

被保険者様記入例

- 1 ご記入いただいた日を和暦でご記入ください。
- 2 被保険者様ご本人が必ず自署してください。
- 3 過去 1 年以内の状況についてありのままを告知(「いいえ」か「はい」のどちらかに○)してください。

誤って記入された場合は、該当箇所を二重線で取り消し、正しい内容をご記入ください。
取消線のそばに被保険者様がフルネームで署名のうえ、署名を○で囲ってください。

訂正方法