

生命保険契約申込書【5年ごと利差配当付特定疾病保障終身保険】

1107401

SOMP Oひまわり生命保険株式会社 宛

貴社の普通保険約款および特約条項を了承のうえ、下記の生命保険契約を申込みます。また、裏面記載の「1. お申込みにあたって」について、確認のうえ了承・同意しました。

申込番号	支社コード	—
------	-------	---

※当社から連携をうけた申込番号を必ず記載ください。

K 32-2Z

1 保 險 契 約 者	申込日	令和 年 月 日	会社提出用		取扱者記入欄	申込書受領日	令和 年 月 日																															
	住所	〒 — 都道府県	市区		日中の連絡先	— —	法人契約者印																															
	氏名	<p>・「ご契約に際しての重要事項（契約概要・注意喚起情報）」を受領のうえ、記載の重要事項について説明を受け、その内容を了承し、個人情報の取扱いについて同意します。その際に裏面記載の重要事項に関する説明を口頭で受けました。 ※「ご契約のしおり・約款」は当社から送付または取扱者がお渡しします。 ・私は米国納税義務者（個人・法人）または米国納税義務者を支配者に含む非米国事業体です。➡□はい</p> <p>フリガナ <自署></p>		性別等	<input type="radio"/> ①男 <input type="radio"/> ③法人 <input type="radio"/> ②女 <input type="radio"/> ④事業主（男） <input type="radio"/> ⑤事業主（女）	生年月日	<input type="radio"/> ②大正 <input type="radio"/> ③昭和 <input type="radio"/> ④平成 <input type="radio"/> ⑤令和																															
				被保険者から見た統柄	<input type="radio"/> ①本人 <input type="radio"/> ②配偶者 <input type="radio"/> ⑦雇用主	左記以外	契約日時点での満年齢	年 月 日 歳																														
			未成年者の場合	親権者後見人	<自署>	保険契約者から見た統柄	<input type="radio"/> ①親権者 <input type="radio"/> ②後見人																															
2 被 保 險 者 <small>場合 内記入不要</small>	住所	保険契約者住所と同一の場合、住所・日中の連絡先の記入は不要です。		日中の連絡先	— —																																	
	氏名	<p>契約内容と契約に関する重要事項の説明を口頭で受けたその内容を了承のうえ、提示された個人情報の取扱いおよびこの保険契約に同意します。</p> <p>フリガナ <自署></p>		性別	<input type="radio"/> ①男 <input type="radio"/> ③昭和 <input type="radio"/> ②女 <input type="radio"/> ④平成 <input type="radio"/> ⑤令和	生年月日	年 月 日 歳																															
				未成年者の場合	親権者後見人	<自署>	被保険者から見た統柄																															
3 死 亡 保 險 金 受 取 人	<p>①保険契約者と同じ ②下記のとおり ③別紙記載のとおり ※受取人を2名以上指定する場合、「別紙記載のとおり」に○をつけ、別途受取人明細書をご提出ください。</p> <p>フリガナ</p>		性別	生年月日		4 指定代理請求特約																																
			<input type="radio"/> ①男 <input type="radio"/> ②大正 <input type="radio"/> ③昭和 <input type="radio"/> ④平成 <input type="radio"/> ⑤令和 <input type="radio"/> ②女	年 月 日	<p>どちらかに○をおつけください。*1</p> <p>①付加する（指定代理請求人をご指定ください） ②付加しない（下の欄への記入は不要です）</p>																																	
			被保険者から見た統柄	分割割合（%）	受取人 人 数	指定代理請求人	<p>①死亡保険金受取人に同じ ②保険契約者と同じ ③下記のとおり</p> <p>②親 子 親 配偶者 左記以外</p>																															
			配偶者	人			様																															
5 保 障 内 容	払込方法	払込経路		責任開始期*2 に関する特約	年金支払特約*3	保険料*4 自動振替貸付	第1回保険料 (団体・特団・集団級のみ)																															
	<input type="radio"/> ①月払 <input type="radio"/> ③半年払 <input type="radio"/> ②年払	<input type="radio"/> ①口座振替 <input type="radio"/> ③団体（A） <input type="radio"/> ⑥集団（A） <input type="radio"/> ②郵便振込 <input type="radio"/> ④団体（B） <input type="radio"/> ⑦集団（B） <input type="radio"/> ②銀行振込 <input type="radio"/> ⑤特団 <input type="radio"/> ①クレジットカード		<input type="radio"/> ①付加する <input type="radio"/> ②付加しない	<p>主契約が「特定疾病保障定期保険」の場合のみ ご記入ください。</p> <p>①付加しない ②付加する（確定年金） ③付加する（保証期間付終身年金）</p>	<p>主契約が「特定疾病保障終身保険」の場合のみ ご記入ください。</p> <p>①希望する ②希望しない</p>	<p>払込経路指定先 より第1回保険料 を支払います。</p>																															
	保険種類		保険期間	払込期間	保険金額	合計保険料 (前納保険料を除く)																																
主契約	D 5年ごと利差配当付特定疾病保障終身保険		①終身 ③歳		<table border="1"> <tr> <td>千万</td> <td>百万</td> <td>十万</td> <td>万</td> <td>千</td> <td>百</td> <td>十</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </table>	千万	百万	十万	万	千	百	十	円	0	0	0	0	0	0	0	0	<table border="1"> <tr> <td>千万</td> <td>百万</td> <td>十万</td> <td>万</td> <td>千</td> <td>百</td> <td>十</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </table>	千万	百万	十万	万	千	百	十	円	0	0	0	0	0	0	0	0
	千万	百万	十万	万	千	百	十	円																														
0	0	0	0	0	0	0	0																															
千万	百万	十万	万	千	百	十	円																															
0	0	0	0	0	0	0	0																															
E 無配当特定疾病保障定期保険		②年 ③歳	②年 ③歳																																			

* 1~4 は、裏面記載の「3. お申込み内容に関する留意事項」をご確認ください。

(注)ご提出いただいた生命保険契約申込書類は、契約の成立・不成立にかかわらずご返却いたしませんので、あらかじめご了承ください。

ご契約者様・被保険者様は、控えとして本紙と裏面コピーを必ずお受け取りください。

前納保険料

お申込み手続きの際ご確認いただきたい事項

1. お申込みにあたって

本保険契約は、貴社が承諾の通知を発した時に成立すること、また本申込み後に申込み者が死亡し、意思能力を有しない常況にある者となり、または行為能力の制限を受けた場合においても効力を有することについて了承・同意しました。

2. 重要事項に関する確認

(お申込みに際して、取扱者から必ず口頭で説明を受けていただく重要な事項です)

- ①「ご契約に際しての重要事項(契約概要・注意喚起情報)」を必ずお読みください。
- ②特に、注意喚起情報には、お客さまに不利益となるつぎの情報も記載されていますので、よくご確認ください。
 - ◆保険金・年金・給付金などをお支払いできない場合
 - ◆現在のご契約の解約などを前提とするお申込みについて

3. お申込み内容に関する留意事項

- * 1 死亡保険金受取人が法人の場合、記入内容に関わらず指定代理請求特約「付加しない」とします。
指定代理請求人が指定され、かつ指定代理請求特約が付加できる申込み内容で記入なき場合、指定代理請求特約「付加する」とします。
指定代理請求特約「付加しない」の場合、指定代理請求人の指定は無効とします。
- * 2 付加できる申込み内容の場合、「付加する」とします。付加できない申込み内容の場合、記入は無効とします。また会社が申込みを受けつけた後、当該特約を付加することはできません。
- * 3 記入なき場合、「付加しない」とします。主契約が特定疾病保障終身保険の場合、記入は無効とします。
- * 4 記入なき場合、「希望する」とします。主契約が特定疾病保障定期保険の場合、記入は無効とします。

ご家族の皆さんにも保険契約の加入について、ご説明をお願いします。

金融機関取扱者の場合記入	金融機関コード		支店コード		支 店 名		取 扱 者 氏 名		代理店使用欄			
	募集人登録番号											
	代理店・募集人コード		—		【保険会社記入】(実代理店・募集人コード)	—	手 数 料 区 分	①登録どおり				
	金融機関職員コード											
	C I F コード						募集制限先等の確認・形態コード	下記のとおり				
取扱者記入欄	代理店・募集人コード											
	(実代理店・募集人コード)		—									
	選択区分	被保険者	①	②	③	④	形態コード	①自己 ②特定関係 ④募集制限先に該当するため手数料を受け取らず取扱 ⑤その他手数料停止				
			告知書 ・無選択	医師	証明書	ドック	簡易定健	カナ				
	保険契約者 第二被保険者	①	②	③	④	代理店営業所	コード					
		告知書	医師	証明書	ドック	簡易定健	カナ					
	本人確認区分	A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7	A8	代理店社員	コード	
	販売コード		支店コード966 専用販売コード	G	0	代理店分担	①あり→代理店分担票必要					
	被保険者職業コード (第一被保険者職業コード)		保険契約者職業コード (第二被保険者職業コード)			団体扱	団体コード					
手数料区分	①5L	②10L	③全期L	④10年準	所属コード	名称						
					社員コード							
会社使用欄	特殊項目コード											
	質権設定対象区分											
	一括区分		①一括契約									
	変換元証券番号											
	成績補正	支社コード			補正割合							
	代行部担コード			補正割合								
代理店/仲立人												
営業店受付日												
本社記入欄	1次決定	契約者 本人確認	5	1次決定 (連生終身保険の第二被保険者)	契約者 本人確認	5	成立前契約確認	1次決定者	1次決定入力	2次決定者	備考欄	
	申込路			申込路								
	申込	告知(被) こども(契)		申込	告知 こども(契)							
	決結			決結								
	特 殊 項 目 コード			特 殊 項 目 コード								