

生命保険契約申込書【終身がん保険(C 2)(がん治療給付型)・終身がん保険(C 3)(がん診断給付型)】

1115703

SOMPO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し込みます。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	—
一括申込	—

※当社から連携をうけた申込番号を必ず記載ください。

K 4 3-1 A

1	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
保 險 契 約 者	住 所 都道 府県 市区 郡	—			日中の連絡先 — —	法人契約者印 個人・個人事業主契約 の場合は押印不要
	氏 名 フリガナ <自署>	性別等 男 女	被保険者 から見た 続柄 本人 配偶者 雇用主	③法人 ④事業主(男) ⑤事業主(女)	生年月日 大正 昭和 平成 令和 年 月 日 年 齡	②未満 ③昭和 ④平成 ⑤令和 年 月 日 歳
	様	未成年者の場合 親権者 後見人	未成年者の場合 親権者 後見人	親権者 <自署> 後見人	親権者 後見人	保険契約者 から見た 続柄 ①親権者 ②後見人

2	被保険者 住 所 都道 府県 市区 郡	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 — —
被 保 險 者 <small>場合 契約 者と 内記入 不要</small>	氏 名 フリガナ <自署>	性 別 男 女	生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日 年 齡	契約日時点 での満年齢 年 月 日 歳	被保険者 から見た 続柄 ①親権者 ②後見人
	様	未成年者の場合 親権者 後見人	親権者 <自署> 後見人	親権者 後見人	親権者 後見人

3	死亡給付金受取人 性別 男 女 年 月 日 被保険者から 見た 続柄 配偶者 子 親 人	生年月日 大正 昭和 平成 令和 年 月 日 年 齡	4	どちらかに○ををつけください。 ^{*1} 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)
死 亡 給 付 金 受 取 人	様	指定代理請求特約 指定代理請求人	被保険者から 見た 続柄 配偶者 子 親 人	被保険者から 見た 続柄 ①親権者 ②後見人
				①死亡給付金受取人に同じ ②保険契約者と同じ ③下記のとおり ④付加する ⑤付加しない

5	払込方法 月払 半年払 年払	払込経路 口座振替 団体(A) 集団(A) 郵便振込 団体(B) 集団(B) 銀行振込 特団 クレジットカード			がん保険料免除特約 ^{*2} ②付加する ③付加しない
保 障 内 容	保険種類 A:終身がん保険(C 2)(がん治療給付型) B:終身がん保険(C 3)(がん診断給付型)		保険期間 ①終身	払込期間 ①終身 ②年 ③歳	給付金額 億 千 百 十 円 0 0 0 0 0
	保険契約の型 ①I型		主契約 保険期間 と 同 一	主契約 保険期間 と 同 一	合計保険料 ^{*7} (前納保険料を除く)
特 約	①新がん先進医療特約 ^{*3}				受療した先進医療の技術料相当額 0 0 0 0 0
	②がん診断給付特約 ^{*4}				0 0 0 0 0
	③抗がん剤・ホルモン剤治療給付特約 ^{*5}				0 0 0
	④がん外来治療給付特約 ^{*6}				0 0
保険料率	①非喫煙者保険料率 ②喫煙者保険料率 ③標準保険料率 ※ご契約年齢が20歳未満の場合は、標準保険料率が適用されます。		6	合計保険料 ^{*7} (前納保険料を除く)	
			第1回払込保険料	億 千 百 十 円	
			前納保険料 ^{*8}	回	

* 1 ~ 8 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。

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、また本申込後に申込者が死亡し、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支払事由・制限事項の詳細などご契約の内容に関する事項や主な保険用語のご説明については「ご契約のしおり・約款」に記載していますのでご確認ください。

3. お申込み内容に関する留意事項

- * 1 死亡給付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 記入なき場合、「付加しない」とします。
- * 3 新がん先進医療特約は、喫煙にかかる保険料率は適用されません。
- * 4 主契約が「終身がん保険(C 3)(がん診断給付型)」の場合、記入は無効とします。
- * 5 主契約が「終身がん保険(C 2)(がん治療給付型)」の場合、記入は無効とします。
- * 6 主契約が「終身がん保険(C 2)(がん治療給付型)」かつ「がん外来治療給付特約」を付加する場合、「がん診断給付特約」の付加が必須となります。
- * 7 主契約・各特約の保険料、合計保険料は第2回以後の払込保険料をご記入ください。
- * 8 設計書に記載の保険料をご記入ください。成立後に前納保険料をご入金いただく場合は、金額が異なる可能性があるため、担当の代理店または当社営業店に、実際の入金日での金額を確認いただいたうえで、ご入金をお願いします。

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 告知書 ・無選択	② 医師	③ 証明書	④ ドック	⑤ 簡易定健	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			
			代理店営業所	カナ							
	保険契約者 第二被保険者	① 告知書	② 医師	③ 証明書	④ ドック	⑤ 簡易定健	コード				
		代理店社員	カナ								
	本人確認区分	A1 A2 A3 A4 A5 A6 A7 A8 AA					コード				
		販売コード	支店コード966 専用販売コード	G O	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)		団体被	団体コード	団体 所属 社員コード	名称			
手数料区分	① 5L ② 10L ③ 全期L ④ 10年準										
本社記入欄	1次決定	契約者 本人確認	5	1次決定 (誕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							
	決済			決済							
	決済			決済							
	特殊項目コード			特殊項目コード							
会社使用欄											
①一括契約											
変換元証券番号											
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											
891695 (24.05)											