

生命保険契約申込書[医療保険(MI-01)プライムネオ]

1115604

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	支店コード	---
------	-------	-----

※当社から連携をうけた申込番号を必ず記載ください。

K 63-1 E

1 保険契約者

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 市区郡			日中の連絡先	-	-
氏名	「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 フリガナ <自署>		性別	①男 ②女	生年月日	③昭和 ④平成 ⑤令和 年 月 日 歳
			被保険者から見た続柄	①本人 ②配偶者 左記以外	契約日時点での満年齢	
			未成年者の場合	親権者後見人 <自署>	保険契約者から見た続柄	①親権者 ②後見人
			様		様	

2 被保険者 保険契約者と同一の場合、2 被保険者欄の記入は不要です。

住所	〒 - 都道府県 市区郡	日中の連絡先	-			
氏名	契約内容と契約に関する重要な事項の説明を口頭で受けたのでそれを了承のうえ、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。 フリガナ <自署>		性別	①男 ②女	生年月日	③昭和 ④平成 ⑤令和 年 月 日 歳
			未成年者の場合	親権者後見人 <自署>	被保険者から見た続柄	①親権者 ②後見人
			様		様	

3 死亡保険金受取人等

死亡保険金受取人	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。 フリガナ <自署>		性別	生年月日	
			①男 ②女	②大正 ③昭和 ④平成 ⑤令和 年 月 日	
			被保険者から見た続柄	分割割合(%)	受取人人数
			②配偶者 ③子 ④親	左記以外	人
生存給付金受取人	保険契約者 様				

4 指定代理請求特約

どちらかに○をおつけください。 ^{*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)	
指代請求人	①死亡保険金受取人に同じ ②保険契約者に同じ ③下記のとおり
	被保険者から見た続柄
	②配偶者 ③子 ④親 左記以外
	様

5 保障内容

契約プラン	医療用新先進医療特約あり			医療用新先進医療特約なし			払込方法	①月払	③半年払	②年払			
	10,000円 プラン	7,000円 プラン	5,000円 プラン	10,000円 プラン	7,000円 プラン	5,000円 プラン		3A	3B	3C	3D	3E	3F
医療保険 (MI-01)	入院給付金日額	10,000円	7,000円	5,000円	10,000円	7,000円	5,000円	入院給付金日額の100倍					
	死亡保険金	入院給付金日額の100倍			入院給付金日額の100倍				入院給付金日額の40倍・20倍・10倍・5倍				
	手術給付金	入院給付金日額の40倍・20倍・10倍・5倍			入院給付金日額の40倍・20倍・10倍・5倍				入院給付金日額の15倍				
	生存給付金	入院給付金日額の15倍			入院給付金日額の15倍								
新三大疾病支払日数無制限特則	付加する (主契約入院給付金日額と同額)			付加する (主契約入院給付金日額と同額)			払込経路	①口座振替	③団体(A)	⑥集団(A)			
定期保険特約	900万円	930万円	950万円	900万円	930万円	950万円		②郵便振込	④団体(B)	⑦集団(B)			
医療用通院特約	10,000円	7,000円	5,000円	10,000円	7,000円	5,000円	②銀行振込	⑤特団	①クレジットカード				
医療用入院一時金特約	10万円			10万円			責任開始期 ^{*2} に関する特約						
医療用新先進医療特約	付加する (受療した先進医療の技術料相当額)			付加しない			①付加する	②付加しない					
							第1回保険料 (団体・特団・集団扱のみ)						
							払込経路指定先より第1回保険料を支払います。						
							保険期間	15年	保険契約の型	A型 (3年型)			
							払込期間	15年	入院給付金の支払限度の型	180日型			
6	合計保険料 (前納保険料を除く)						百万	十万	万	千	百	十	円
							前納保険料	回					

* 1～2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 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 付加できる申込内容の場合、「付加する」とします。付加できない申込内容の場合、記入は無効とします。
また会社が申込を受けつけた後、当該特約を付加することはできません。

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	
	金融機関職員コード		—	①登録どおり	
	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	—	形 态 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	
	(実代理店・募集人コード)	—			
	選択区分	被保険者 告知書 ・無選択	① ② ③ ④ 医師 証明書 ドック 簡易定健	カ ナ	
		① ② ③ ④ 告知書 医師 証明書 ドック 簡易定健	代理店営業所 コード		
		A1 A2 A3 A4 A5 A6 A7 A8 AA	代理店社員 コード		
	販売コード	支社コード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 コード	
				所 属 コード	
	手数料区分	① 5L ② 10L ③ 全期L ④ 10年準		社 員 コード	
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	会社使用欄
	申 組		申 組		
	込 路		込 路		
	申込	喫 煙	申込	喫 煙	
	決 結	告 知(被) こども(契)	決 結	告 知 こども(契)	
決 結		決 結			
特 殊 目 一 欄		特 殊 目 一 欄			
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
891414 (25.04)					