

# 健康★チャレンジ！ 健康ステージ変更請求書

4107400

保険会社提出用

SOMPOひまわり生命保険株式会社 宛

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条項に基づき、下記契約の健康ステージの変更を請求します。  
適用する健康ステージは、SOMPOひまわり生命保険株式会社での査定に基づく、最適な健康ステージとなることを了承します。  
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。

□ の箇所にご記入ください。

1 記入日	令和 年 月 日	2 証券番号	_____							
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)									
	法人印	※保険契約者が成年後見人が必要な場合には後見人の同意が必要です。 個人の場合は押印不要								
5 契約者住所	(フリガナ) 〒 - 都 道 市 区 府 県 郡									
変更がある場合のみ ご記入ください。	転居時期	転居済	/	転居予定	令和 年 月 日	電話番号	- - -			

取扱者・会社使用欄／備考欄

取扱者受付日欄	
受付日	取扱者印
令和 年 月 日	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、次の場合を除き、ご本人の同意なく本契約に関する個人情報(センシティブ情報を含みます)を第三者に提供することはできません。また、当社は、本契約に関する個人情報(センシティブ情報を含みます)を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。

## ■ 健康チャレンジ制度のお取扱いについて

お手続きにあたっては、請求書、健康状態の告知(告知書)および所定の健康診断結果通知書写しなどをご提出いただきます。健康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注意ください。

- 健康ステージ変更の告知日が、契約日からその日を含めて2年以上かつ5年以内にある場合にお取扱いが可能です。
  - ご契約時に健康ステージの適用なしのお引受けとなった場合、その告知内容などにより、お取扱いができない場合があります。
  - 健康ステージ変更のお申出の際に、喫煙状況・血圧・BMIが改善されていても、健康状態などが当社の定める基準を満たさない場合は、お取扱いできません。
  - 健康チャレンジにおいては被保険者の喫煙状況、健康状態に関する事項について告知をしていただきます。  
もし、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、健康ステージの変更を取り消すことがあります。  
また、以後の健康ステージの変更やご契約のお引受けをお断りすることができます。
  - 健康チャレンジ後に、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。
  - 健康チャレンジの結果、新しく適用する健康ステージを新保険証券等で通知します。  
適用される健康ステージにつきましては当社にて判定のうえ通知した健康ステージ以外のステージを選ぶことができない制度となっています。
- 当社の定める変更基準を満たさない場合は、現在の健康ステージまたは健康ステージの適用なしが引き続き適用されます。
- 喫煙者健康体ステージから非喫煙者標準体ステージへの変更はできません。
  - 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2025年5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。

# 健康ステージ変更請求書のご記入にあたって

## 健康ステージ変更請求書

健康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、契約者様が黒ボールペンでご記入ください。

### 記入例

#### 健康★チャレンジ！ 健康ステージ変更請求書

4107400

SOMPOひまわり生命保険株式会社 宛

保険会社提出用

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条項に基づき、下記契約の健康ステージの変更を請求します。  
適用する健康ステージは、SOMPOひまわり生命保険株式会社での査定に基づく、最適な健康ステージとなることを了承します。  
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。

□ の箇所にご記入ください。

1 記入日 令和 7 年 6 月 1 日 2 証券番号 1 2 3 4 5 - 6 7 8

3 (フリガナ) ヒマワリ タロウ  
(自署) 向日葵 太郎

契約者

法人印

個人契約者は押印不要

4 (自署)  
親権者 後見人等

※保険契約者が成年後見人が必要な場合には後見人の同意が必要です。

法人印

個人の場合は押印不要

契約者との続柄

親権者

後見人

5 (フリガナ) トウキョウト シンジュク ニシシンジュク  
〒 123-00XX

東京 都道府県 新宿 市区町村 西新宿X-X-X

契約責任所

変更がある場合のみ

転居時期 / 転居済 / 転居予定 令和 年 月 日 電話番号 090-1234-567X

- 請求書の記入日を必ずご記入ください。
- 証券番号を必ずご記入ください。
- 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。

- 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。
- 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。

### 訂正方法

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。