

告知書（こども保険専用）

<告知書の控え・告知サポート資料を必ず保管してください>

告知書は両面コピーをお受け取りいただくか、お客さまご自身でスマートフォン等で撮影のうえ、必ずお客さま控えをお手元に残してください。
※後日告知いただいた内容について確認させていただく場合があるため、全体が鮮明な状態で大切に保管してください。

告知サポート資料

告知書は、生命保険のお引き受けにあたり重要な書類です。
告知書ご記入の前に重要事項1～6を必ずご確認ください。

1 **必ず保険契約者・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。**
当社の募集人や募集代理店に口頭でお話しされても告知していただいたことにはなりませんのでご注意ください。

2 **ご契約のお引き受けは、告知などの内容により特別な条件がつく場合や、お引き受けできない場合もあります。**
あらかじめご了承ください。

3 **ありのままを告知していただけない場合、ご契約が解除となり、保険金・給付金などをお支払いできないことがあります。**

4 **ご契約が解除となった場合、お払い込みいただいた保険料はお返しできません。**
(解約返戻金がある場合は、解約返戻金を保険契約者にお支払いします。)

5 **ご契約のお申込み後や保険金・給付金などのご請求時に電話または当社の委託した会社の担当者が訪問し、告知内容などについて確認させていただくことがあります。**

6 **現在のご契約の解約・減額を前提とした新たな保険契約へ切り替える場合も、あらためて、ありのままを正確に、もれなく告知していただく必要があります。新たなご契約は現在のご契約の告知を引き継ぐものではありません。**
ありのままを告知していただけない場合、ご契約が解除となり、保険金・給付金などをお支払いできないことがあります。

● **あらかじめご了承ください。**

■ **入院中の場合、ご契約をお引き受けできません。**
退院後にお申込みください。※出産時の母子の入院も含まれます。

■ **健康診断・人間ドックの結果などのご提出をお願いすることがあります。**
お申込み内容により、保険契約者の喫煙状況や健康状態の確認のため、告知書と一緒に所定の検査や健康診断結果等を求める場合がありますのでご了承ください。
また、告知していただいた内容などにより、後日、ご提出をお願いすることもあります。

■ **告知がすべて「いいえ」でもご契約をお引き受けできないことがあります。**
当社では保険加入者間の公平性を確保するため、お客さまのお仕事内容や他社契約を含む生命保険などのご加入状況により、ご契約をお引き受けできない場合や、保障内容を制限させていただくことがあります。
また、体格、当社における保険金・給付金などのご請求歴や過去のお申込み歴・告知書以外にご提出いただいた書類の情報などにより、ご契約をお引き受けできないことがあります。
告知いただいた内容以外でも、当社が知り得た情報は引受判断に使用させていただきますので、あらかじめご了承ください。

■ **喫煙状況については参考事項としてお伺いしており、ご回答いただかなくても保険加入可否に影響はございません。**

告知忘れが多い事例

下記の場合も告知が必要です。

すべてのお客さま

- **不妊治療（不妊症）** ※男性・女性ともに告知が必要です。
不妊治療を受けていた。（不妊や妊娠希望のための診察・検査を受けた場合も含む。）
- **生活習慣病（高血圧症、糖尿病、高脂血症・脂質異常症）、健康診断・人間ドックでの指摘**
血圧値・コレステロール値が高く、医師から定期的な通院を指示されていた。
糖尿病のため、医師から運動・食事療法を指示されていた。
- **がん・ポリープ、がん検診**
がん検診の結果、精密検査や定期的に検査を受けることをすすめられていた、または精密検査を受けていた。
ポリープに変化がないか、定期的に医師の診察・検査を受けていた。
- **目に関する疾患** ※50歳以上のお客さまは特にご注意ください。
白内障・緑内障の症状緩和のため、医師から目薬を処方されていた。
- **治療の中断・予防**
医師から7日分の薬を処方されたが、飲まずに捨てた。
血圧が高くなるのを予防するため、医師から薬を処方されていた。

女性のお客さま

- **妊娠・出産、婦人科系疾患**
帝王切開術で出産した。
がん検診や婦人科検診の結果、子宮筋腫、卵巣の腫れや乳房のシコリなどを指摘されていた。
子宮頸部高度異形成や病理組織検査でCIN3と診断されていた。

新生児・乳幼児のお客さま

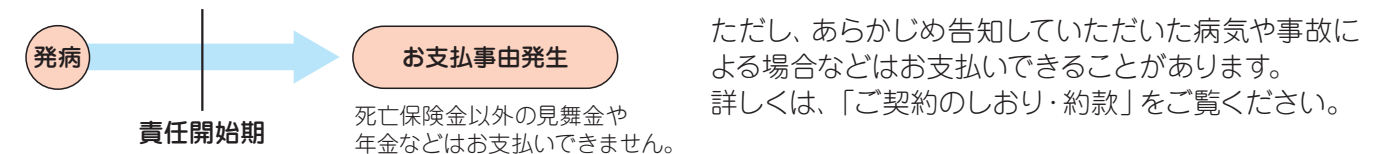
- **出生後から退院までの間や乳幼児健診で医師から受けた異常の指摘**
低出生体重、呼吸障害、心雑音などにより医師から指摘や治療の指示を受けた。

● **下記については告知の必要はありません。**

- ・医師の処方によらない市販のビタミン剤やサプリメントの服用
- ・「入院・手術（予定がある場合を含みます）」をとみなわない虫歯治療
- ・正常分娩（現在妊娠中の場合や、正常分娩でも妊娠期間中に異常があった場合は告知が必要です。）
- ・予防接種の受診（予防接種後、異常があった場合は告知が必要です。）

● **「責任開始期」前の病気や事故を原因とする場合、見舞金・年金などをお支払いできないことがあります。**

ご契約の責任開始期より前に発病していた病気や発生していた事故を原因とする場合には、告知がすべて「いいえ」でも、死亡保険金以外の見舞金や年金などはお支払いできません。



<告知書専用封筒のご案内>

告知書のご提出にあたっては、プライバシー保護のための「告知書専用封筒」をご用意しております。
お客さまご自身で告知書を封入・封かんできますので、ご希望の場合は当社の募集人や募集代理店にお申し出ください。

告知記入等に関してご不明な点や告知していただいた内容に訂正や記入忘れがある場合、下記にご連絡ください。

お客さま専用
告知お問い合わせ窓口
フリーダイヤル

0120-526-805

※お客さま以外の方は、担当営業店までお問い合わせください。

受付時間：9:00～18:00
土・日・祝日および12月31日～1月3日を除く

お客さま控え(コピーまたはカメラで撮影)を必ず保管してください

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。事前に告知サポート資料を確認したうえで記入し、事実に相違ありません。

告知日	令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
被保険者 (ご子ども) 氏名	フリガナ (自署) <input type="text"/> 様 貴社の保険契約に関する個人情報の取扱いに同意します。
生年月日	<input type="text"/> <input type="text"/> 平成 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 <input type="text"/> <input type="text"/> 令和
身長	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm
体重	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg
	性別 <input type="text"/> 男 <input type="text"/> 女

被保険者が15歳未満の場合、被保険者の親権者・後見人全員が告知内容に合意のうえ、その代表者をご記入ください。

親権者・ 後見人氏名	(自署) <input type="text"/> 様	被保険者 との続柄	親権者 <input type="text"/> 様 後見人 <input type="text"/>
---------------	-----------------------------	--------------	---

被保険者がご記入ください。
※15歳未満の場合、親権者・
後見人の代理記入も可能です。

に記入

証券番号 -

C

検査名と検査結果の記入例

検査名:尿検査

検査結果:(例)尿蛋白+, 尿糖2+,
尿潜血3+等

検査名:血液検査

検査結果:具体的項目名と数値を
ご記入ください。

記入例のポイントをご確認ください。

検査名:心電図検査

検査結果:(例)心室性期外収縮、
I度房室ブロック、心房細動等

検査名:胸部X線、CT検査等

検査結果:(例)〇〇性陰影、
心陰影拡大、肺気腫疑い等

検査名:胃部X線、CT、内視鏡検査等

検査結果:(例)胃炎、胃ポリープ等

検査名:腹部超音波、内視鏡検査等

検査結果:(例)胆嚢ポリープ、脂肪肝等

検査名:乳房超音波(エコー)、
マンモグラフィ検査等

検査結果:(例)乳腺のう胞、乳腺症疑い等

取扱者記入欄

- 保険契約者
追加・再告知
- 被保険者
追加・再告知
- 詳細別紙あり

病気やけがの名前により、詳しい内容の告知をお願いします。

下表の病気やけがについて告知をされる場合は、告知詳細記入欄にあらかじめ記載されている項目に加え、下表の内容を**表面の告知詳細記入欄**にご記入ください。

また、下表以外の病気やけがであっても、後日、具体的な治療内容などの詳細告知をお願いすることもありますので、あらかじめご了承ください。

分類	病気やけがの名前	ご記入いただきたい詳細内容
外傷	(外傷共通) ※けがの名前を必ずご記入ください。	○原因 (例)「交通事故」「転倒」「転落」など ○詳細な部位
	骨折(上肢・下肢) 骨折(肋骨・鎖骨・骨盤)	○原因 (例)「交通事故」「転倒」「転落」など ○詳細な部位 (例)「右(下肢)」「左(下肢)」「両方(下肢)」など ○固定用金属(プレート等)、除去の有無 ○正式手術名および具体的な治療方法 (例)「骨折観血的手術」「観血的整復固定術」「関節形成術」「骨接合術」「プレート固定術」「抜釘術」「鋼線(ワイヤー)固定」など
	骨折(脊椎)	○原因 (例)「交通事故」「転倒」「転落」など ○詳細な部位 (例)「頸椎」「胸椎」「腰椎」 ○膀胱・直腸障害の有無
	靱帯損傷	○詳細な部位 (例)「右膝」「左膝」など
	熱傷、火傷	○熱傷分類 (例)「第Ⅰ度」「第Ⅱ度」「第Ⅲ度」「第Ⅳ度」
骨	大腿骨頭壊死症	○原因(基礎疾患)の有無。有の場合、その詳しい内容
	椎間板ヘルニア	○詳細な部位 (例)「頸椎」「胸椎」「腰椎」
内分泌系	甲状腺腫	○正式な診断病名 (例)「結節性甲状腺腫」「単純性甲状腺腫」「非中毒性びまん性甲状腺腫」など ○原因(基礎疾患)の有無。有の場合、その詳しい内容
目	白内障	○詳細な手術部位 (例)「右眼」「左眼」「両眼」
ポリープ	胃ポリープ、胆のうポリープ、大腸ポリープ	○正式手術名 (例)「内視鏡的胃ポリープ粘膜切除術」「腹腔鏡下胆嚢摘出術」など
その他	胸膜炎	○原因 (例)「細菌」「ウイルス」「マイコプラズマ」「寄生虫」など
	腹膜炎	○原因 (例)「虫垂炎」など ○再発の有無。有の場合、その詳しい内容
	過敏性大腸炎	○再発の有無。有の場合、その詳しい内容
	腸閉塞、イレウス	○原因 (例)「腸管癒着」「便秘」「脊髄損傷」「腫瘍」など
	腎結石、尿管結石、膀胱結石、尿道結石	○正式手術名 (例)「体外衝撃波結石破碎術」など ○再発の有無。有の場合、その詳しい内容
	めまい(眩暈)	○原因(基礎疾患)の有無。有の場合、その詳しい内容
	貧血	○正式な診断病名 (例)「鉄欠乏性貧血」など
	リンパ節炎	○原因 (例)「ウイルス」「溶連菌」「ブドウ球菌」など
	憩室炎、憩室症	○詳細な部位 (例)「食道」「胃」「十二指腸」「大腸」など
	痔核、痔裂、裂肛、痔瘻	○正式手術名 (例)「根治術」「結紮術」「切開開放術」「切開排膿」など

個人情報の取扱いについて

【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(※)

※お客さまの属性情報、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、お客さま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行うことを含みます。

【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。