

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。

必ず被保険者ご本人が、ありのままを正確に、もれなくご記入ください。

1

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。

ご契約のお引き受けは、告知などの内容により

2

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、給付金などをお支払いできないことがあります。

ご契約が解除となった場合、

4

お払い込みいただいた保険料はお返しきできません。

（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。）

ご契約のお申込み後や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、

5

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。

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。

6

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、給付金などをお支払いできないことがあります。

<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。

お客様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。

告知の記入や、告知に関して募集人や募集代理店の説明にご不明な点があった場合は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

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

※お客さま以外の方は、担当営業店までお問い合わせください。

⚠ 告知していただいた内容に訂正や記入忘がある場合は、募集人や募集代理店までご連絡ください。

告知忘れが多い事例

下記の場合も告知が必要です。

● 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。）

● 手術・入院をすすめられた

- 内視鏡検査でポリープが見つかり、医師から手術をすすめられている。
- 白内障で投薬（目薬）による治療を受けていたが、症状の改善がみられないため、医師から手術をすすめられている。**※50歳以上のお客さまは特にご注意ください。**
- 糖尿病で治療を継続していたが、医師から教育入院（食事・運動療法などの指導を受ける入院）をすすめられている。
- 医師から検査入院をすすめられている。

● がん・肝硬変

- 胸部X線検査で肺に影が確認され、医師からがんの疑いを指摘されている。
- 便潜血検査で陽性反応が確認され、医師からがんの疑いを指摘されている。
- マンモグラフィー検査で、医師からがんの疑いを指摘されている。
- がんの手術をし、現在治療はしていないが、経過観察を指示されて定期的に医師の診察を受けている。
- 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。
- C型肝炎で治療を継続していたが、肝硬変に移行していると医師から診断されている。
- 血液検査で、医師から肝硬変の疑いを指摘されている。

● 心疾患・脳血管疾患

- 心電図検査で心筋梗塞の疑いを指摘されている。
- 脳ドックで脳梗塞の疑いを指摘されている。
- 不整脈の手術をし、現在治療はしていないが、経過観察を指示されて定期的に医師の診察を受けている。

● 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みます。**

■ 通常の医療保険に比べ保険料が割増しされています。

限定告知型医療保険（M2）（入院治療給付型）は、告知項目を限定し、健康に不安がある方でもご加入しやすく設計された医療保険です。また、責任開始期より前に発生した病気やけがも、責任開始期以降に症状が悪化して入院した場合など、一定の条件でお支払いの対象としているため、通常の医療保険に比べ保険料が割増しされています。

■ 第1～3項は、すべての方が告知してください。

「はい」の場合は、ご契約をお引き受けできません。

■ 各種特則・特約の付加を希望される場合、第4～9項の必要項目について告知してください。

「はい」の場合は、該当の特則・特約を付加できません。

■ A, B項のご回答は任意です。

ご回答いただいた内容は、商品・サービスの充実等のための参考事項とさせていただき、ご契約のお引き受け可否には影響しません。

■ 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、お客様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、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。



告知書（限定告知型医療保険（M2）（入院治療給付型）専用）

SOMPOひまわり生命保険株式会社 宛

告知書裏面の貴社の個人情報の取扱い（第三者に提供することを含みます）について内容を確認し、同意します。
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 年 月 日

告知サポート資料をご確認のうえ、必ず被保険者ご本人が、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。

申込番号 [支社コード] 一 [] [] [] [] []

証券番号 [] [] [] [] [] []

被保険者 氏名 様	フリガナ (自署) 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 昭和 平成 [] [] 年 [] [] 月 [] [] 日	性別 男 女	年収 (参考事項)	万円
-----------------	---	---	-----------	--------------	----

すべての方 告知に「はい」がある場合、ご契約をお引き受けできません。

質問項目		被保険者の告知
1	最近3か月以内に、医師から入院・手術・放射線治療（電磁波温熱療法およびアイソトープ治療を含む）・先進医療・検査のいずれかをすすめられたことがありますか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
2	過去1年内に、病気やけがで、入院したことまたは手術・放射線治療（電磁波温熱療法およびアイソトープ治療を含む）・先進医療のいずれかを受けたことがありますか。 ただし、【別表1】の病気やけがに該当する場合、または【別表2】の病気やけがに該当し、かつ全治している場合は「いいえ」となります。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
3	過去5年内に、がん・上皮内がん・肝硬変・統合失調症・認知症（軽度認知障害を含む）・アルコール依存症（いずれかの疑いがあると医師に指摘されている場合を含む）で、医師の診察・検査・治療・投薬（薬の処方を含む）・入院したことまたは手術を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい

すべての方（参考事項） ※下記A, B項のご回答内容はご契約のお引き受け可否に影響しません。

質問項目		被保険者のご回答 (任意)
A	過去1年内に健康診断・人間ドックを受けていますか。	<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていません
B	過去1年内に、喫煙またはタバコ商品を使用したことがありますか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい

→告知書記入後に、ミシン目に沿って切り取り、ご提出ください。

限定告知医療用新先進医療特約（支援給付金付）、
限定告知医療用外来手術給付特約を付加する場合

告知に「はい」がある場合、左記特約は付加できません。

質問項目		被保険者の告知
4	過去2年以内に不妊治療（不妊や妊娠希望のための診察・検査を含む）を受けたことがありますか。 ⚠️ 男性・女性ともに告知が必要です。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい

主契約の新三大疾病支払回数無制限特則、限定告知医療用入院給付特約の新三大疾病支払日数無制限特則、限定告知医療用新三大疾病入院治療給付特約、限定告知医療用新三大疾病保険料免除特約または限定告知医療用特定疾病診断保険料免除特約を付加する場合

告知に「はい」がある場合、上記特則・特約は付加できません。

質問項目		被保険者の告知
5	過去2年以内に、以下の病気（疑いがあると医師に指摘されている場合を含む）で、医師の診察・検査・治療・投薬（薬の処方を含む）・入院したことまたは手術を受けたことがありますか。 ⚠️ 「医師の診察・検査」には、治癒・寛解後の経過観察も含みます。 ⚠️ 疑いがあると指摘され、診察・検査の結果、以下の病気ではないと診断された場合は「いいえ」となります。 対象となる病気（疑いを含む）	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
6	過去2年以内に、医師による診察または検査を受けて、以下①についての異常の指摘（追加の検査や治療の指摘）や以下②の病気の疑いを指摘されたことがありますか。 ただし、指摘後に、次のいずれかに該当した場合は「いいえ」となります。 (1) がん、上皮内がんおよび異形成（子宮頸部以外を含む）ではないと医師により診断された場合。 (2) 今後、診察・検査・経過観察・治療のいずれも必要ないと医師からいわれた場合。 ⚠️ 「指摘」には「健康診断」「人間ドック」「がん検診」などの検診や検査を受けての要再検査・要精密検査・要治療の指摘や細胞診・組織診・腫瘍（しゅよう）マーカーの異常を含みます。 対象となる病気・症状	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい

限定告知介護一時金特約、限定告知介護年金特約を付加する場合

告知に「はい」がある場合、左記特約は付加できません。

質問項目		被保険者の告知
7	次のいずれかに該当していますか。 (1) 現在、以下①～⑤の日常生活の動作のいずれかにおいて、他の方の介助または補助具を必要としますか。 ①歩行 ②衣服の着替え ③入浴 ④食事 ⑤排せつ (2) 40歳以上の方におうかがいします。今までに、公的介護保険制度の要介護または要支援の認定を受けたことがありますか。または、現在、認定申請を行っていますか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
8	過去2年以内に、病気やけがで、入院したことまたは手術を受けたことがありますか。 ただし、【別表1】の病気やけがに該当する場合、または【別表2】の病気やけがに該当し、かつ全治している場合は「いいえ」となります。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
9	過去2年以内に、以下の病気（疑いがあると医師に指摘されている場合を含む）で、医師の診察・検査・治療・投薬（薬の処方を含む）を受けたことがありますか。 ⚠️ 「医師の診察・検査」には、治癒・寛解後の経過観察も含みます。 ⚠️ 疑いがあると指摘され、診察・検査の結果、以下の病気ではないと診断された場合は「いいえ」となります。 対象となる病気（疑いを含む）	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい

【別表1】以下に該当する場合は「いいえ」となります。

ものもらい（めばちこ）、急性中耳炎、ドライアイ、花粉症、抜歯、食中毒、うおのめ、たこ、切創

【別表2】以下に該当し、かつ全治している場合は「いいえ」となります。

副鼻腔炎、歯根囊胞、咽頭炎、喉頭炎、急性胃腸炎、痔、そけいヘルニア、いぼ、粉瘤、インフルエンザ、かぜ、COVID-19（新型コロナウイルス）、四肢の骨折（金属・プレート等の抜釘予定がないもの）

SAMPLE

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ありません。

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。

告知書（限定告知型医療保険（M2）（入院治療給付型）専用）

SOMPOひまわり生命保険株式会社 宛

告知書裏面の貴社の個人情報の取扱い（第三者に提供することを含みます）について内容を確認し、同意します。
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 年 月 日

告知サポート資料をご確認のうえ、必ず被保険者ご本人が、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。

申込番号 支社コード —

証券番号 —

被保険者 氏名 様	フリガナ	生年月日	昭和 平成	年	月	日
		性別	男 女	年収 (参考事項)	万円	

(自署) 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。

すべての方 告知に「はい」がある場合、ご契約をお引き受けできません。

質問項目		被保険者の告知
1	最近3か月以内に、医師から入院・手術・放射線治療（電磁波温熱療法およびアイソトープ治療を含む）・先進医療・検査のいずれかをすすめられたことがありますか。	いいえ はい
2	過去1年以内に、病気やけがで、入院したことまたは手術・放射線治療（電磁波温熱療法およびアイソトープ治療を含む）・先進医療のいずれかを受けたことがありますか。 ただし、【別表1】の病気やけがに該当する場合、または【別表2】の病気やけがに該当し、かつ全治している場合は「いいえ」となります。	いいえ はい
3	過去5年以内に、がん・上皮内がん・肝硬変・統合失調症・認知症（軽度認知障害を含む）・アルコール依存症（いずれかの疑いがあると医師に指摘されている場合を含む）で、医師の診察・検査・治療・投薬（薬の処方を含む）・入院したことまたは手術を受けたことがありますか。	いいえ はい

すべての方（参考事項） ※下記A, B項のご回答内容はご契約のお引き受け可否に影響しません。

質問項目		被保険者のご回答 (任意)
A	過去1年内に健康診断・人間ドックを受けていますか。	受けた 受けていない
B	過去1年内に、喫煙またはタバコ商品を使用したことがありますか。	いいえ はい

限定告知医療用新先進医療特約（支援給付金付）、
限定告知医療用外来手術給付特約を付加する場合

告知に「はい」がある場合、左記特約は付加できません。

質問項目		被保険者の告知
4	過去2年以内に不妊治療（不妊や妊娠希望のための診察・検査を含む）を受けたことがありますか。 ▲男性・女性ともに告知が必要です。	いいえ はい

主契約の新三大疾病支払回数無制限特則、限定告知医療用入院給付特約の新三大疾病支払日数無制限特則、限定告知医療用新三大疾病入院治療給付特約、限定告知医療用新三大疾病保険料免除特約または限定告知医療用特定疾病診断保険料免除特約を付加する場合

告知に「はい」がある場合、上記特則・特約は付加できません。

質問項目		被保険者の告知
5	過去2年以内に、以下の病気（疑いがあると医師に指摘されている場合を含む）で、医師の診察・検査・治療・投薬（薬の処方を含む）・入院したことまたは手術を受けたことがありますか。 ▲「医師の診察・検査」には、治癒・寛解後の経過観察も含みます。 ▲疑いがあると指摘され、診察・検査の結果、以下の病気ではないと診断された場合は「いいえ」となります。	いいえ はい
6	虚血性心疾患（狭心症・心筋梗塞・急性冠症候群）、心筋症、心不全、不整脈（心房細動・発作性頻拍のほかベースメタルや体内除細動器の装置がある場合を含む）、心臓弁膜症（僧帽弁閉鎖不全症・大動脈弁狭窄・閉鎖不全を含む）、先天性心臓病、川崎病、肺塞栓症、脳卒中（脳梗塞・脳出血・くも膜下出血）、一過性脳虚血発作（TIA）、もやもや病、脳動脈硬化症、脳動静脈畸形、脳動脈瘤、頸動脈閉塞	いいえ はい

過去2年以内に、医師による診察または検査を受けて、以下①についての異常の指摘（追加の検査や治療の指摘）や以下②の病気の疑いを指摘されたことがありますか。
ただし、指摘後に、次のいずれかに該当した場合は「いいえ」となります。

- (1) がん、上皮内がんおよび異形成（子宮頸部以外を含む）ではないと医師により診断された場合。
 - (2) 今後、診察・検査・経過観察・治療のいずれも必要ないと医師からいわれた場合。
- ▲「指摘」には「健康診断」「人間ドック」「がん検診」などの検診や検査を受けての要再検査・要精密検査・要治療の指摘や細胞診・組織診・腫瘍（しゅよう）マーカーの異常を含みます。

対象となる病気・症状 ①ポリープ、腫瘍（しゅよう）、腫瘤（しゅりゅう）、胸のしこり
②がん、上皮内がん、子宮頸部異形成（軽度異形成（CIN1）、中等度異形成（CIN2））

限定告知介護一時金特約、限定告知介護年金特約を付加する場合		被保険者の告知
7	次のいずれかに該当していますか。 (1) 現在、以下①～⑤の日常生活の動作のいずれかにおいて、他の方の介助または補助具を必要としますか。 ①歩行 ②衣服の着替え ③入浴 ④食事 ⑤排せつ (2) 40歳以上の方におうかがいします。今までに、公的介護保険制度の要介護または要支援の認定を受けたことがありますか。または、現在、認定申請を行っていますか。	いいえ はい

過去2年以内に、病気やけがで、入院したことまたは手術を受けたことがありますか。
ただし、【別表1】の病気やけがに該当する場合、または【別表2】の病気やけがに該当し、かつ全治している場合は「いいえ」となります。

過去2年以内に、以下の病気（疑いがあると医師に指摘されている場合を含む）で、医師の診察・検査・治療・投薬（薬の処方を含む）を受けたことがありますか。

- ▲「医師の診察・検査」には、治癒・寛解後の経過観察も含みます。
▲疑いがあると指摘され、診察・検査の結果、以下の病気ではないと診断された場合は「いいえ」となります。

対象となる病気（疑いを含む） 急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞、くも膜下出血、脳内出血、脳梗塞、パーキンソン病、うつ病、双極性障害、心因反応、心身症、神経症、パニック障害、骨粗しょう症、狭心症、心房細動・弁膜症

【別表1】以下に該当する場合は「いいえ」となります。	
ものもらい（めばちこ）、急性中耳炎、ドライアイ、花粉症、抜歯、食中毒、うおのめ、たこ、切創	
【別表2】以下に該当し、かつ全治している場合は「いいえ」となります。	
別表	副鼻腔炎、歯根囊胞、咽頭炎、喉頭炎、急性胃腸炎、痔、そけいヘルニア、いぼ、粉瘤、インフルエンザ、かぜ、COVID-19（新型コロナウイルス）、四肢の骨折（金属・プレート等の抜釘予定がないもの）

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ありません。

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。