

京都府左官業組合連合会新補償制度 A I U 保険会社加入依頼書

[ 補償期間 : 2006年3月1日 - 2007年3月1日 ]

ご加入の場合下記に必要事項をご記入ください。

申込日 年 月 日

重要事項(個人情報の取扱いを含む)を承諾した上で申し込みます。また継続時に当方または団体からの特別な申し出がない限り自動的に継続手続きを取る事を承認致します。

加入依頼者 (申込人)	住所 〒	TEL
	会員会社名・代表者名(フリガナ)	

加入者氏名	生年月日・職種	年齢	性別	加入ご希望のプランを で囲んで下さい	死亡保険金の受取人																	
フリガナ	年号 年 月 日	才	<input type="radio"/> 男	<table border="1"> <tr><td>A</td><td>B</td><td>C</td><td>D</td></tr> <tr><td colspan="4">従来プラン</td></tr> <tr><td colspan="4">休業プラン</td></tr> <tr><td colspan="4">充実プラン</td></tr> </table>	A	B	C	D	従来プラン				休業プラン				充実プラン				葬祭費用に加入(する・しない) 掛金 ¥	受取人は上記事業所とする。
	A		B	C	D																	
従来プラン																						
休業プラン																						
充実プラン																						
(職種)	<input type="radio"/> 女																					
フリガナ	年号 年 月 日	才	<input type="radio"/> 男	<table border="1"> <tr><td>A</td><td>B</td><td>C</td><td>D</td></tr> <tr><td colspan="4">従来プラン</td></tr> <tr><td colspan="4">休業プラン</td></tr> <tr><td colspan="4">充実プラン</td></tr> </table>	A	B	C	D	従来プラン				休業プラン				充実プラン				葬祭費用に加入(する・しない) 掛金 ¥	受取人は上記事業所とする。
	A		B	C	D																	
従来プラン																						
休業プラン																						
充実プラン																						
(職種)	<input type="radio"/> 女																					
フリガナ	年号 年 月 日	才	<input type="radio"/> 男	<table border="1"> <tr><td>A</td><td>B</td><td>C</td><td>D</td></tr> <tr><td colspan="4">従来プラン</td></tr> <tr><td colspan="4">休業プラン</td></tr> <tr><td colspan="4">充実プラン</td></tr> </table>	A	B	C	D	従来プラン				休業プラン				充実プラン				葬祭費用に加入(する・しない) 掛金 ¥	受取人は上記事業所とする。
	A		B	C	D																	
従来プラン																						
休業プラン																						
充実プラン																						
(職種)	<input type="radio"/> 女																					
フリガナ	年号 年 月 日	才	<input type="radio"/> 男	<table border="1"> <tr><td>A</td><td>B</td><td>C</td><td>D</td></tr> <tr><td colspan="4">従来プラン</td></tr> <tr><td colspan="4">休業プラン</td></tr> <tr><td colspan="4">充実プラン</td></tr> </table>	A	B	C	D	従来プラン				休業プラン				充実プラン				葬祭費用に加入(する・しない) 掛金 ¥	受取人は上記事業所とする。
	A		B	C	D																	
従来プラン																						
休業プラン																						
充実プラン																						
(職種)	<input type="radio"/> 女																					
フリガナ	年号 年 月 日	才	<input type="radio"/> 男	<table border="1"> <tr><td>A</td><td>B</td><td>C</td><td>D</td></tr> <tr><td colspan="4">従来プラン</td></tr> <tr><td colspan="4">休業プラン</td></tr> <tr><td colspan="4">充実プラン</td></tr> </table>	A	B	C	D	従来プラン				休業プラン				充実プラン				葬祭費用に加入(する・しない) 掛金 ¥	受取人は上記事業所とする。
	A		B	C	D																	
従来プラン																						
休業プラン																						
充実プラン																						
(職種)	<input type="radio"/> 女																					

ご加入の皆様にお尋ねします。

合計人数	人	合計保険料	円
------	---	-------	---

1. 現在、ケガや病気で医師の治療を受けているか、また健常な日常生活に支障がありますか?これまで1ヶ月以上継続して入院したこと、または、脳疾患、心疾患、ガン等の重症病を患ったことがある方がいらっしゃいますか?	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり	
2. 過去3年間に保険金(5万円以上)請求または受領したことがある方がいらっしゃいますか?	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり	保険会社名: _____ 回数: _____
3. 被保険者の中で同一の危険を補償する他の保険契約がある方がいらっしゃいますか?(「多重契約による保険金詐欺防止」のために願いますものです。)	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり	保険会社名: _____ 入院日額: _____

「充実プラン」に加入ご希望の方だけお答え下さい。(充実プランへ新規ご加入は60歳未満の方に限られます)

A・B・C・Dの各充実プランのみ告知欄	「はい」の方のお名前
4. 過去に、病気の治療のため継続して1カ月以上入院したことがありますか?	
5. 過去3年以内に病気のため継続して7日以上入院したことがありますか?	
6. 過去に病気の治療のため開腹、開胸または開頭を伴う手術を受けたことがありますか? 虫垂切除術、盲腸縫宿術を除きます。	
7. 過去3年以内に、病気の治療のため、医師による1カ月以上の投薬治療(または指導された)を受けたことがありますか?	
8. 手・足の欠損または機能障害、背骨(脊柱)・視力・聴力・言語・そしゃく機能障害がありますか?	
9. 現在、医師から精密検査、定期的な診断、治療、入院、手術をすすめられたり、それらに関する指導を受けていますか?	

上記のいずれかに「はい」があった場合には、その方については「充実プラン」にはご加入できませんので、「休業プラン」または「従来プラン」のいずれかにてご加入をお願いいたします。

## 個人情報の取り扱いについて

団体(保険契約者)は、この加入依頼書に記載された個人情報を当補償制度の引受保険会社に提供します。引受保険会社は、ご加入者の個人情報を以下の目的のために利用します。これらの目的のほかに利用することはありません。

- (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
- (2)関連会社・提携会社を含む各種商品やサービスのご案内・提供、ご契約の維持管理
- (3)引受保険会社の業務に関する情報提供・運営管理、商品・サービスの充実
- (4)その他保険に関連・付随する業務

なお、引受保険会社は、個人情報を再保険(再々保険以降の出再を含む)のため、再保険を取り扱う他の会社に提供する場合、円滑な保険金お支払い等のために被保険者が所属する団体、学校、幼稚園、保育園、施設等に提供する場合等があります。詳細については AIU 保険会社ホームページ(URL:<http://www.aiu.co.jp/footer/privacy.htm>)に掲載のプライバシーポリシーをご覧ください。

