

到着締切日 毎月10日(必着)

提出先:豊通保険パートナーズ株式会社
※同封の返信用封筒にて返送ください。

申込票提出締切日 (※豊通保険パートナーズ(株)への書類到達日)	保障開始日 (効力発生日)	保険料給付と控除 (給与天引き)
7月10日	8月1日	8月給与
8月10日	9月1日	9月給与
9月10日	10月1日	10月給与
10月10日	11月1日	11月給与
11月10日	12月1日	12月給与
12月10日	1月1日	1月給与
1月10日	2月1日	2月給与
2月10日	3月1日	3月給与
3月10日	4月1日	4月給与
4月10日	5月1日※	5月給与
5月10日(最終受付日)	6月1日※	6月給与

提出上のご注意

- ※5月1日付および6月1日付にて中途加入・変更される場合は、2021年度デンソーグループファミリー総合保障 加入・変更(または解約(脱退))申込票(兼告知票)に反映されません。ついては、以下の内容を必ずご確認ください。
- 2021年度デンソーグループファミリー総合保障 加入・変更(または解約(脱退))申込票(兼告知票)を提出しない場合
→本帳票の保障内容が2021年8月1日以降も自動継続されます。
- 2021年度デンソーグループファミリー総合保障 加入・変更(または解約(脱退))申込票(兼告知票)を提出する場合
→本帳票の記入内容をすべて2021年度デンソーグループファミリー総合保障 加入・変更(または解約(脱退))申込票(兼告知票)に転記したうえで、追加される変更箇所を記入ください。
・締切日が休日にあたる場合は、前稼働日が締切日となります。
・記入に不備があった場合は、保障開始日が遅れる可能性があります。
・積立保障およびレインボープランは、中途加入(変更)できません。

2020年度 デンソーグループファミリー総合保障 中途加入・変更(または解約(脱退))申込票(兼告知票)

以下の事由(A~G)に○印をしたうえで、変更する箇所のみ記入ください。

「新規加入」または「申込内容変更」をされますか?
(※原則、減額はできません)

はい
いいえ(A~Cの該当箇所に○印)

はい(F・Gのいずれかに○印)

「新規加入」または「保障の増額・追加」
対象の方の告知を取りまとめのうえ、以下の質問に回答ください。

<告知欄>
裏面「健康状況告知書質問事項」の回答が「はい」となる項目がありますか?

●死亡保険金受取人、リビング・ニーズ特約指定代理請求人の変更
●氏名変更

該当する方の
・新規加入
・保障の増額・追加
はできません。

D・Eの該当箇所に○印

A 新規加入

B 本人の増額および家族の追加・増額

C 各種セミナー受講による内容変更
所属企業等で行われる保険関係のセミナーが対象

**D 死亡保険金受取人
リビング・ニーズ特約指定代理請求人の変更**
変更手続き書類を請求します。

E 氏名変更等
▶変更後の氏名をカタカナで記入

F 死亡・離婚による家族の解約(脱退)
▶解約(脱退)する家族の氏名、生年月日、性別を記入し、解約(脱退)に○印

G 全部解約(脱退)
▶加入者本人欄・申込日のみ記入
すべての保障を解約(脱退)します。

右欄 該当者全員分 押印

損害保険(オレンジ枠の保障)
本人印(本人・家族)

生命保険(青枠の保障)
本人印 配偶者印 子ども①印 子ども②印 子ども③印

重要事項のご説明に記載の「ご加入内容確認事項」を確認し個人情報の取扱いに同意のうえ、加入・変更を申込みます。
<以下は新規加入・保障の増額をする場合のみ>
裏面の健康状況告知書質問事項に対する回答に「はい」となる項目は無く、事実と相違ありません。「健康状況告知書」ご記入(ご確認)のご案内を受け取り、内容を確認しました。

私(配偶者・子どもを含みます)は、パンフレット(重要事項ご説明)記載の意向確認書により商品内容が自身の意向に合致していることを確認し、加入・変更時に通知・配付された説明資料等に記載の重要事項(契約概要)「注意喚起情報」を含む、および個人情報取扱い等について了承・同意するとともに、告知内容が事実と相違ないことを確認のうえ、以下のとおり加入(変更)を申込みます。
<以下は新規加入・保障の増額をする場合のみ>
裏面「健康状況告知書質問事項」の回答が「はい」となる項目は無く、事実と相違ありません。

上欄 該当者全員分 押印(氏名変更の場合は変更後の印)

解約(脱退)確認印欄
すべての保障に加入しません。

シャチハタ(スタンプ)印可

加入者本人欄		必ず「行」「人事部門No.」「部署名」を記入ください				氏名		連絡先	
会社名	社員番号	〒	人事部門No.	所属部署名	カタカナで記入ください		携帯	職場外線	

【重要】告知事項に関するご注意
表面および裏面の★印の項目は、加入に際して引受保険会社がおたずねする時に重要な事項(告知事項)です。事実と相違する場合は、契約を解除し、保険金を支払うことができませんので十分にご確認ください。
●裏面の「健康状況告知書質問事項」は、今年度新規加入、保障の増額・追加をされる方についてのみおたずねしています。それ以外の場合には、回答は不要です。

申込日(告知日)

記入必須 20 年 月 日

氏名	★生年月日★ ★年令※ 2020年8月1日現在 必ず記入ください	★性別★	変更区分	職種級別	本人		配偶者		子ども		上記以外の家族
					カタカナで記入(フルネーム)	昭和 平成	昭和 平成	昭和 平成	昭和 平成	昭和 平成	
カタカナで記入(フルネーム)	昭和 平成	男性	新規								
カタカナで記入(フルネーム)	昭和 平成	女性	追加								
①カタカナで記入(フルネーム)	平成	男性	追加								
②カタカナで記入(フルネーム)	平成	女性	追加								
③カタカナで記入(フルネーム)	平成	男性	追加								
④カタカナで記入(フルネーム)	昭和 平成	女性	追加								
⑤カタカナで記入(フルネーム)	昭和 平成	女性	追加								
⑥カタカナで記入(フルネーム)	昭和 平成	女性	追加								

1 病気やケガをした場合の保障

必須加入 入院・手術保障

長期入院保障 通院保障 後遺障害保障 高度医療保障

がん保障・三大疾病保障

死亡・高度障害の保障

介護の保障

身の回りの事故の保障・その他

必須加入	入院・手術保障						長期入院保障				通院保障				後遺障害保障				高度医療保障		がん保障・三大疾病保障				死亡・高度障害の保障					介護の保障		身の回りの事故の保障・その他																																																						
	型	1	2	3	4	5	6	加入する	型	1	2	3	4	型	1	2	3	4	型	1	2	3	4	加入する	型	1	2	3	4	加入する	型	1	2	3	4	加入する	型	1	2	3	4	加入する	型	1	2	3	4	加入する	型	1	2	3	4	加入する																																
加入する	20	140	280	410	550	200	430	650	830	200	430	650	830	200	430	650	830	200	430	650	830	50	がん	M	S	T	加入する	加入口数	49才以下:5~50口 / 50才以上:5~41口 (1口100万円)	型	5	10	20	30	40	50	左記以外	型	4	5	6	加入する	型	4	5	6	加入する	型	3	5	10	15	20	25	30	左記以外	型	4	5	6	加入する	型	4	5	6	加入する	型	3	4	加入する	型	3	4	加入する	型	3	4	加入する	型	3	4	加入する	型	3	4	加入する

