

【豊田通商グループ福利厚生制度】
マイライフプラン 中途加入申込票(兼告知票)

保障開始日(効力発生日)

損害保険: 提出締切日の翌月1日~2023年8月1日
※提出締切日や保険料控除開始月などの詳細は裏面をご確認ください。

【重要】告知事項に関するご注意

申込票表面および裏面の★印の項目は、ご加入に際して引受保険会社がおたずねする特に重要な事項(告知事項)です。事実と相違する場合は、ご契約を解除し、保険金をお支払いできないことがありますので十分に確認のうえご回答ください。

1 赤枠内をみれなく記入ください 注: 黒ボールペンで記入してください(鉛筆・シャープペンシル・消せるボールペンは使用しないでください。)

| | | | | | |
|---------|----------|-----|---------------|---------------------|--------------|
| 申込(告知)日 | 20 年 月 日 | 会社名 | 所属 | 工場 室・課 | 部 G・係・組 |
| 従業員番号 | | 連絡先 | 携帯電話 | - | - |
| | | | 職場外線 | - | - |
| 氏名 | カタカナで記入 | | ★生年月日 ★年 令 | 昭和 平成 年 月 日生 (才) | ★性別 男性 女性 |

2 保障プランと内容を確認のうえ、A型~C型または加入しないを選択ください。

| 加入型 (A型・B型・C型いずれかに○) | | 充実プラン | おすすめプラン | シンプルプラン | フリープラン | |
|-------------------------|----------|---------------------------------------|---|----------|--|----------|
| | | A型 | B型 | C型 | | |
| 病気・ケガの保障 | 月額保険料 | 3,070円 | 2,370円 | 1,950円 | 左記プラン以外または家族の加入を希望する場合、別紙「2022年度マイライフプラン中途加入・中途変更申込票兼告知票」(A3用紙)をご記入のうえご提出ください。 | |
| | 入院・手術 | 入院 | 6,000円/日 | 5,000円/日 | | 5,000円/日 |
| | | 成人病の場合 | 9,000円/日 | 7,500円/日 | | 7,500円/日 |
| | | 手術放射線治療 | 入院中の手術20倍・入院中以外の手術5倍・放射線治療10倍(それぞれ入院保険金日額の倍数) | | | |
| | | 高度医療 | 1,000万円限度 | | | |
| | 通院 | 3,000円/日 | 2,000円/日 | 2,000円/日 | | |
| 休業 | 3,000円/日 | 2,000円/日 | 2,000円/日 | | | |
| 身の回り事故 | レジャー | 携行品損害:30万円 受託物賠償:30万円 キャンセル費用:10万円 | | — | | |
| | 賠償責任 | 賠償責任 | 無制限(日本国外で発生した事故1億円限度) | | | |
| | | 弁護士費用等 法律相談費用 | 300万円限度 10万円限度 | | | |

加入しない場合は、下記「加入しない」に○

マイライフプランでは、上記の保障以外に死亡(高度障害)保障・本人介護/配偶者介護保障・両親介護保障・がん保障を選択し、加入することができます。

すべてのコースに 加入しない

理由: 個人で保険に加入している、必要性を感じない、告知に該当する
他 ()

3 以下質問事項をよく読み、ご回答ください(裏面に補足説明があります)

★健康状況告知書質問事項

| | |
|--------|---|
| 損害保険部分 | ① 申込日(告知日)現在、以下に該当する事実がありますか。 ・健康上の理由等で就業制限(*1)を受けている。 |
| | ② 申込日(告知日)から過去3か月以内に、以下に該当する事実がありますか。 ・医師の治療(指示・指導を含む)・投薬(*2)を受けた。 |
| | ③ 申込日(告知日)から過去1年以内に、以下のいずれかに該当する事実がありますか。 ・病気で手術を受けた。 ・病気で継続して2週間以上の入院をした。 ・病気で2週間以上にわたり(*3)医師の治療(指示・指導を含む)・投薬(*2)を受けた。 |
| | ④ 申込日(告知日)から過去5年以内に、以下に該当する事実がありますか。 ・がん(*4)または上皮内新生物により医師による手術、または医師の治療(指示・指導を含む)・投薬(*2)を受けた。 |
| | ⑤ 申込日(告知日)現在妊娠しており、かつ、以下に該当する事実がありますか。【女性の方のみ】 ・これまでに帝王切開による手術を受けたことがある。 |

【告知欄】 上記①~⑤の質問に対する回答が「はい」となる項目がありますか (いずれかに○をしてください。)

ありません

あります

4 押印してください

申込印(告知印)押印欄

損害保険

パンフレット・重要事項のご説明について、豊通保険パートナーズ株式会社のHP (https://www.tip-net.com/mylife2022/) 上のPDFファイルでの提供に同意します。また、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ご説明の提供を受けた方も、同意の上、申込ください。(紙面にて、パンフレット・重要事項のご説明の提供を受けた方も、同意の上、申込ください。)上記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。「健康状況告知書ご確認のご案内」を受け取り、内容を確認しました。

(シャチハタ(スタンプ)印可)

印

マイライフプランにご加入いただくことはできません

5 豊通保険パートナーズまで提出ください。到着日によって、保障開始日は異なります。詳細は裏面を確認ください。

■ **ご加入に際しての重要なご確認事項(加入者告知事項)** ■

表面および本裏面の★印の項目は、ご加入に際して引受保険会社がおたずねする特に重要な事項（告知事項）です。事実と相違する場合は、ご契約を解除し、保険金や給付金をお支払いできないことがありますので十分に確認のうえご回答ください。

健康状況告知に際して事前にご確認いただきたいこと

ご加入にあたっては以下注意点をご確認いただき、中途加入申込票（兼告知票）の「告知欄」の記入および「申込印（告知印）欄」に押印のうえお申込みください。

1.健康状況告知の重要性

健康状況について告知いただく内容は、引受保険会社が公平な引受判断を行うための重要な事項です。必ず被保険者（保障の対象者）ご自身が、ありのままを正確に漏れなくお答えください。

2.正しく告知されなかった場合の取扱い

「健康状況告知書質問事項」について、故意または重大な過失によって、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、ご加入内容が解除となり、保険金・給付金をお支払いできないことがあります。

3.書面によるご回答のお願い

取扱代理店や保険会社の職員への口頭によるご回答では、健康状況を告知いただいたことにはなりません。必ず中途加入申込票（兼告知票）の「告知欄」の記入および「申込印（告知印）欄」への押印によってご回答いただきますようお願いいたします。

4.「健康状況告知書質問事項」に該当される場合

「健康状況告知書質問事項」に該当された場合、ご加入はお引受けできません。

5.現在の契約を解約(脱退)・減額し、新たなご加入を検討されている方へ

〔損害保険部分のみ〕現在の契約を解約(脱退)・減額し、新たにご加入する場合も、新規に加入される場合と同様に「健康状況告知書質問事項」にお答えいただく必要があります。したがって、「健康状況告知書質問事項」に該当される場合は新たなご加入ができなかったり、正しく告知をされなかった場合にはご加入内容が解除または取消しとなることがありますのでご注意ください。

※損害保険部分の詳細については、重要事項のご説明（注意喚起情報）をご覧ください。

6.保険期間の開始前の発病等の取扱い

＜入院・手術、通院、高度医療、休業（損害保険部分）＞
ご加入をお引受けした場合でも、ご加入時（*1）より前に発病した病気（*2）(発病日は医師の診断(*3)によります。)または発生した事故によるケガ等については保険金をお支払いしません。このお取り扱い、健康状況告知に誤りがない場合でも例外ではありませんのでご注意ください。
(*1) 疾病、先進医療・拡大治験・患者申出療養に伴う費用、就業不能を補償する契約に新規にご加入される場合は「この保険契約のご加入時(保険期間の開始時)」をいいます。
(*2) 入院または手術、先進医療・拡大治験・患者申出療養、就業不能の原因となった病気と医学上因果関係のある病気を含みます。
(*3) 人間ドックや定期健康診断での指摘を含みます。
(*4) 疾病入院保険金の支払を伴わない疾病手術保険金または放射線治療保険金の場合は、それぞれ「手術の開始時」、「放射線治療の開始時」に疾病入院が開始したものとみなします。

7.その他ご留意いただく点

・ご加入のお申込み後または保険金のご請求の際、健康状況の告知内容について、確認させていただく場合があります。
・「健康状況告知書質問事項」にご回答いただいた後に、万一、告知内容の漏れ・誤りに気づかれた場合は取扱代理店または引受保険会社までご連絡ください。お申出内容によってはご契約をお引受けできなくなる場合があります。

表面 健康状況告知書質問事項の補足説明

| | |
|--------------------------------|---|
| (* 1) 「就業制限」とは | 勤務先または医師等により欠勤(公休、普通休暇等によるものを含む)を指示されている場合などをいいます。 |
| (* 2) 「医師の治療(指示・指導を含む)・投薬」とは | (1)「治療」とは、投薬、注射、手術、放射線治療、心理療法、食事療法などを受けるために通院などを行うことをいいます。 (2)「指示・指導」とは、医師の診察・検査を受けた結果、再検査をすすめられること、治療・入院・手術をすすめられること、投薬、業務上の制限を受けることをいいます。 (3)「検査」とは、医師の指示により受ける「再検査、精密検査 等」であり、経過観察を含みます。医師の指示によらない「定期検査、定期健康診断」や保険契約の申込みにとまなう医師の診察は含みません。定期健康診断や人間ドックを受検することを告知する必要はありませんが、再検査等の指示を受けたことは告知すべき「医師の指示」にあたります。 (4)「投薬」には、「病気の治療等ではなく、健康増進のための服用(ビタミン剤 等)」や「医師に処方されていない市販の薬(かぜ薬、胃腸薬 等)の服用」は含みません。 * 正常妊娠・正常分娩に伴う「医師の治療(指示・指導を含む)・投薬」は該当しません。ただし、申込日(告知日)現在入院している場合は該当します。 |
| (* 3) 「2週間以上にわたり」とは | 病気で、医師の治療(指示・指導を含む)・投薬を受け、転院・転科を含め、初診から終診までの継続治療期間が2週間以上の場合をいいます。(実際の治療日数ではありません。) たとえば、受診は2日でも、その間が2週間以上の場合や、合計2週間分以上の投薬を受けた場合は、「2週間以上」となります。 * 「終診」とは、医師から次回通院、入院、手術、再検査等の指示や投薬を受けなかったことをいいます。 (治療の必要はないが、定期的に経過観察(診察・検査)の必要があると医師から指示を受けている状態は、終診には該当しません。) |
| (* 4) 「がん」とは | 癌(ガン)、肉腫、白血病、悪性リンパ腫または骨髄腫をいいます。 |
| 告知の対象外となる病名・症状 | (1)入院がなく一過性の症状の場合：感冒(かぜ)・インフルエンザ・アトピー性皮膚炎・湿疹(ニキビ・吹き出物)・水虫・虫歯・菌の治療・花粉症・アレルギー性鼻炎・巻き爪・食中毒・ものもらい・斜視・結膜炎 (2)ケガ (3)手術を受けて完治した場合：虫垂炎のみ |

その他

- ・ マイライフプランは生命保険と損害保険を組み合わせた保障制度です。加入情報を一元的に管理し、円滑な制度運営を行うために、各保障コースへの加入内容すべてについて、各引受幹事会社および取扱代理店に提供することがあります。
- ・ マイライフプランの幹事会社は以下のとおりです。
生命保険(幹事会社) 日本生命保険相互会社
損害保険(幹事会社) 三井住友海上火災保険株式会社
- ・ 日本生命保険相互会社、三井住友海上火災保険株式会社双方が事務取扱上必要な範囲で互いの加入内容を知り得ることがありますが、それぞれの保険申込みの目的以外では、当該情報を一切使用しません。特段のお申し出のない限り同意いただいたものとさせていただきますので、ご了承ください。
- ・ 生命保険部分の正式名称は、死亡(高度障害)保障:団体定期保険です。
- ・ 損害保険部分については、募集パンフレットをご覧ください。

| ★他の保険契約等について | | 損害保険に関する質問事項 | | | | 保険金請求歴について | | 損害保険に関する質問事項 | |
|---|--------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|--|----|--------------|--|
| 被保険者(保障の対象者)についておたずねします。同種の危険を補償する他の保険契約等(団体総合生活補償保険・普通傷害保険・共済契約等をいい、いずれも積立保険を含みます。)がありますか。 (注)他の保険会社等による契約を含み、自動車保険、死亡した場合に保険金を支払う生命保険は含みません。「あり」の場合、必ずご記入ください。ご記入のない場合には、「なし」と回答したことになります。 | | あり(下記に記入) | | | | 被保険者(保障の対象者)についておたずねします。同種の危険を補償する他の保険契約等(団体総合生活補償保険・普通傷害保険・共済契約等をいい、いずれも積立保険を含みます。)で過去3年以内に合計して5万円以上保険金を請求または受領されたことがありますか。 ※ 他の保険会社等における保険金請求を含みます。 | | あり(下記に記入) | |
| 保険種類 | 傷害死亡・後遺障害 保険金金額 | 傷害入院 保険金日額 | 傷害通院 保険金日額 | 疾病入院 保険金日額 | 疾病通院 保険金日額 | 保険会社 | 回数 | 合計金額 | |
| | (合計) 万円 | (合計) 円 | (合計) 円 | (合計) 円 | (合計) 円 | | 回 | 円 | |

保障開始日(効力発生日)、保険料控除開始月
「中途加入・中途変更申込票兼告知票」の到着日によって保険料控除開始月、保障開始日(効力発生日)が異なります。

| 申込票提出締切日 (※書通保険パートナーズ(株)への書類到着日) | 保険料控除 (給与天引き) | 保障開始日 (効力発生日) |
|-------------------------------------|------------------|------------------|
| 8月8日 | 9月支払給与 | 9月1日 |
| 9月9日 | 10月支払給与 | 10月1日 |
| 10月10日 | 11月支払給与 | 11月1日 |
| 11月10日 | 12月支払給与 | 12月1日 |
| 12月9日 | 1月支払給与 | 1月1日 |
| 1月10日 | 2月支払給与 | 2月1日 |
| 2月10日 | 3月支払給与 | 3月1日 |
| 3月10日 | 4月支払給与 | 4月1日 |