

健康に関する告知質問事項

- 以下の「健康に関する告知ご回答のご案内」をご覧のうえ、質問事項にご回答ください。
- 「コープの三大疾病保険(団体総合生活補償保険(MS&AD型))」にお申し込みいただく際には、下記の質問事項につき正確にご回答ください。この質問事項に対するご回答が事実と相違する場合、保険金をお支払いできないことがありますのでご注意ください。
- 下記の質問事項には、組合員(加入者)ご自身がお答えください。

質問事項	
質問 1	これまでに医師にがん(上皮内新生物を含む)・心筋梗塞・脳卒中(脳梗塞、脳内出血およびくも膜下出血)のいずれかと診断されたことがありますか?
質問 2	過去2年以内に、病気により医師の手術を受けたこと、または入院したことがありますか? ※新型コロナウイルスによる自宅療養等は入院歴にはあたりません。 妊娠・出産に関わる手術歴・入院歴については、告知は不要です。

質問1および質問2に対する回答が
いずれも「いいえ」の場合
のみ、お引き受けします。

※健康状況告知書
質問事項回答欄

LKA LKH

質問 1・2★

↓

いずれも

4

いいえ

※新たに加入する場合、または、左記の質問事項に

＜ご注意＞普通保険約款およびセットされる特約により保険金をお支払いできない場合があります。
なお、初年度契約の補償開始日より前に発病(※1)した病気(※2)については保険金をお支払いしません。
(※1)「発病」とは、医師が診断(人間ドックや定期健康診断での指摘を含みます)した発病をいいます。
発病日は「初診日」または「要再検査・要精密検査・要治療となった健康診断の受診日」となります。
ただし、先天性異常については、医師が診断したことによりはじめて発見されることをいいます。
(※2)初年度契約の補償開始日より前に罹患していた既往症と因果関係があると診断された病気を含みます。
ただし、補償開始後1年超経過してお支払いの事由に該当した場合は、因果関係を問わず保険金をお支払いします。

コープの三大疾病保険 健康に関する告知ご回答のご案内(必ずお読みください)

以下の注意点をとお読みいただき、健康に関する告知をご回答ください。

＜継続加入の場合で、保険責任を加重(※)することなく継続いただく場合には、あらためて健康に関する告知をいただく必要はありません。＞
(※)保険金額の増額(100万円コースから200万円コースへの変更・特約の追加等)等、疾病に関する補償を拡大することをいいます。

1. 健康に関する告知の重要性

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。必ず加入者本人が被保険者(補償の対象者)全員について、ありのままを正確に漏れなくご回答ください。

2. 正しく告知されなかった場合のお取り扱い

「健康に関する告知質問事項」について、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、ご加入内容が解除または取消しとなり、保険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

○代理店・扱者には告知受領権があり、代理店・扱者に対して告知いただいた事項は、引受保険会社に告知いただいたものとなります。○代理店・扱者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なりません。必ず加入申込票の「健康状況告知書質問事項回答欄」へのご記入、または、インターネット加入システムにてご回答いただきますようお願いいたします。

4. 健康に関する告知が必要な方

「健康に関する告知質問事項」に該当された場合、お引受けできません。

5. 現在のご契約を解約・減額され、新たににご加入を検討されているお客さまへ

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お取り扱い

上記「健康に関する告知質問事項」の「ご注意」および、補償内容・重要事項のご説明等をご覧ください。

7. その他ご留意いただく点

○ご加入のお申込後または保険金のご請求の際、引受保険会社の社員または引受保険会社で委託した確認担当者が健康状況の告知内容等を確認させていただく場合があります。○「健康に関する告知質問事項」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代理店・扱者または引受保険会社までご連絡ください。告知内容の訂正の手続きをご案内します。ただし、お申出内容によっては訂正をお受けできずご加入をそのまま継続いただけない場合があります。

加入申込票 記入例

生協花子

訂正、取消の場合は二重線で消し、訂正箇所には訂正署名(フルネーム)または訂正印を押印ください。

A ご記入はSTEP1・2いずれも組合員(加入者)ご本人がご記入ください。

B 団体契約の保険始期(2024年3月1日)現在の満年令をご記入ください。
※2024年3月1日現在の満年令により保険料が決定するためです。

C 加入者と被保険者が同じ場合でも、ご記入ください。

使用期限: 令和7年1月10日お申込みまで

保険期間 令和6年3月1日から令和7年3月1日まで

※印の項目は、ご契約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ご確認のうえご回答(記入)ください。

STEP 1 加入者情報をご記入ください

必ずご記入ください

私は、「コープの三大疾病保険」のパンフレット、[]等を確認し、これらを書面もしくは電子データなど団体で定める方法で受領すること、および個人情報の取扱いに同意のうえ、加入を申し込みます。また、私から特段の申し出をしない限り、以後、毎年3月1日を継続日としてこの保険の契約を継続する手続きをあわせて申し込みます。

STEP 2 保険の対象となる方の情報を加入者となる方がご記入ください。
加入者と被保険者が同じ場合でもご記入が必要です。

2024年(令和6年)3月1日現在の年令をご記入ください。

※三井住友海上火災保険株式会社 左頁の健康状況告知書質問事項に対する回答を、保険金の支払いを受けられないことがあることに同意します。(健康状況告知書に記入のご案内)を受け取り、内容を了解しました。

※この保険契約等(注) あり

疾病による入院保険金日額(合計) 5,000 円

疾病による通院保険金日額(合計)

加入申込票記入例の記入例は、あくまでも参考です。実際の記入例とは異なる場合があります。

複数の保険契約にご加入の場合は、全ての保険契約の合計金額をご記入ください。