

加入手続き要領

団体ガン保険
団体介護保険
普通傷害保険

申込番号
06900BW01

本書をご記入いただく前に

被保険者となる方に下記をご説明ください。

「契約概要」「注意喚起情報」について

- 「契約概要」「注意喚起情報」はURL、二次元コードからアクセスいただけること。
- 「契約概要」「注意喚起情報」をお申し込み前に読む必要があること。
- 「契約概要」には、保険に関する重要事項が記載されていること。
- 「注意喚起情報」には、保険金等がお支払いできない場合など、被保険者となる方に不利益となる情報が記載されていること。
- 「告知についての重要事項」には、正しい告知のために認識が必要な事項が記載されていること。

「正しい告知」について

- 被保険者が正しくありのまま告知をすることを妨げる行為や言動は、行わないでください。
- 正しい告知を妨げたことで保険金等の支払いがされない場合、重大なトラブルにつながります。
- 告知に関する不明点は、被保険者から保険会社窓口へお問い合わせいただいでください。

受付時のお願い

- 記入もれがないことをご確認ください。
 - お客様の年齢により、加入できる保険種別が異なることをご確認ください。
(対象となるラップ口座の手続きの運用開始日の翌月初日の年齢を基準とします。)
- 団体ガン保険：満40歳～満65歳
団体介護保険：満40歳～満65歳
普通傷害保険：満40歳～満80歳

このページを切り取って、次ページ以降を被保険者となる方にお渡しください。

❗ ご加入プランの保障内容は「契約概要」「注意喚起情報」を必ずご確認ください。

1 団体ガン保険 (主契約) 悪性新生物(ガン)で31日以上入院したとき ▶ 1口あたり100万円をお支払い	引受保険会社:カーディフ損害保険株式会社 ガン	選択した 場合
2 団体介護保険 (主契約) 要介護2以上に認定されたとき ▶ 1口あたり100万円をお支払い	引受保険会社:カーディフ損害保険株式会社 介護	選択した 場合
3 普通傷害保険 (主契約) 国内外の「急激かつ偶然な外来の事故」により傷害を被ったとき ▶ 「死亡保険金」、「後遺障害保険金」、「入院保険金」、「手術保険金」をお支払い	引受保険会社:カーディフ損害保険株式会社 普通傷害	選択した 場合

加入・増額申込書兼告知書

団体ガン保険
団体介護保険
普通傷害保険

申込番号
06900BW01

お申込み方法/被保険者のしおり(契約概要・注意喚起情報)のご案内

1 受領・確認



「契約概要」「注意喚起情報」を受領し、内容を確認

↓ Webより確認いただけます。

この保険商品は、所定の条件に応じて保障内容および保険金額をご選択いただけます。保障内容および保険金額をご選択の際には、お客さまのご意向に沿った内容であることを十分にご確認ください。

この案内により「契約概要」「注意喚起情報」を受領したものとします。「お客さま控」にもURLを記載していますのでお手元に保管ください。

団体ガン保険
<https://www.in-cardif.jp/N0069BW7179/>



団体介護保険
<https://www.in-cardif.jp/N0069BW7180/>



普通傷害保険
<https://www.in-cardif.jp/N0069BW7181/>



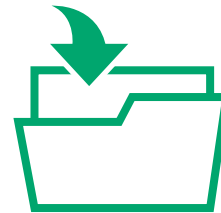
2 記入



本書を記入

「注意喚起情報」に記載の「告知についての重要事項」を確認したうえで、被保険者本人が、記入・署名してください。

3 保管



本書の控を保管

- ご提出前に再度告知事項を見直し、もれや事実と相違がないことを確認してください。
- 告知事項にもれや相違があると、保険金等のお支払いができない場合がありますので、ご注意ください。
- 保険会社の職員(営業職員、コールセンター担当者等)や金融機関の職員等がお客さまの告知に際し、事実を告知することを妨げたり、事実と違うことを告知するよう勧めることはありません。
- 保険会社の職員(営業職員、コールセンター担当者等)や金融機関の職員等は告知を受領する権限がなく、口頭でお伝えいただいても告知したことになりません。指定された書面(Webの場合は入力)をご提出ください。

お問い合わせ先

カーディフ損害保険株式会社
カスタマーサービスセンター

通話
無料

0120-223-628

受付時間 9:00~18:00
(祝日、年末年始を除く月曜日~金曜日)

ご注意

この書面による告知は、ご加入をお引受けするかどうかを決める重要な事項です。

「被保険者のしおり(契約概要・注意喚起情報)」をお読みのうえ、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。

【告知義務違反による解除】 加入期間の初日から2年以内に、告知いただいた内容が事実と異なることが判明した場合や、同じく2年以内に保険金の支払事由等が発生し、その後に告知内容が事実と反することが判明した場合、「告知義務違反」として、ご契約を解除することがあります。この場合、保険金をお支払いできないことがあります。

【詐欺または不法取得目的による取消・無効】 「告知義務違反」の内容が特に重大な場合(例:「現在の医療水準では治癒が困難、または死亡危険の極めて高い疾患の既往症・現症等について故意に告知をされなかった場合」など)、経過年数にかかわらず、「詐欺による取消」とすることがあります。この場合、保険金はお支払いできません。

記入例

⑨⑩⑪⑫⑬は、ご加入する保障のみ記入してください。
(それ以外は、ブランク・未記入のまま)

次の内容をご確認のうえ被保険者(加入申込者)ご自身が全てご記入ください。
●「被保険者のしおり」を全額し、記載の「契約概要」「注意喚起情報」を熟知し、申し込みの保障内容は、最終的に私の意向に沿った保障を選択したことに相違ないことを確認しました。●「被保険者のしおり」に記載の「個人情報の取り扱いについて」に同意のうえ、自署し、保険契約への加入を申し込みます。

加入・増額申込書

① 申込日(告知日)(西暦) 2 0 X X 年 X X 月 X X 日 申込番号 06900BW01

② フリガナ シブヤ サクラコ ④ 性別 ⑤ 生年月日(西暦) X X X X 年 X X 月 X X 日

③ ご署名 被保険者(加入申込者) 渋谷 桜子 (姓)(名) 男 女 運用開始日の翌月初日の年齢 満 X X 歳

⑥ ファンドラップは「1」は「付帯」を意味する場合があります。 ⑦ 運用開始日(西暦) 2 0 X X 年 X X 月 X X 日 ⑧ 加入期間の初日(運用開始日の翌月1日) 2 0 X X 年 X 月 0 1 日 午前0時

受付可能年齢: ガン・介護: 40~65歳、普通傷害: 40~80歳
※最長継続期間-ガン・介護: 満70歳(71歳の誕生日の前日)、傷害: 満85歳(86歳の誕生日の前日)

告知する日をご記入ください。

該当する番号をご記入ください。

保険金額を計算のうえ、ご記入ください。

口数を2桁でご記入ください。
例えば、1口の場合は「01」とご記入ください。

加入期間の初日(運用開始日の翌月1日)時点の満年齢をご記入ください。

訂正箇所は二重線で抹消のうえ、正しい内容をご記入ください。また、訂正箇所のそばにフルネームでご署名ください。

⑨ 口数

新規・増額 保険金額

ガン	1	0	0	0	0	0	0	0	0
介護	1	0	0	0	0	0	0	0	0
傷害	0	1	0	0	0	0	0	0	0

※手術保険金額は、入院保険金額の5倍または10倍。

⑩ 団体ガン保険 告知書 被保険者ご自身が全てご記入ください 40~65歳の方

告知日時点において、入院中、または過去3ヵ月以内に入院・手術をしたことがありますか。また、今までに医師により入院・手術を勧められ、告知日時点において、まだ終わっていないものがありますか。ただし、ケガを原因とする場合を除きます。

告知日より過去2年以内に受けた健康診断・人間ドック・ガンで下記の臓器や検査の異常を指摘されたことがありますか。※指摘とは、要治療・要精密検査・1年以内の要再検査をいいます。ただし、要経過観察および診察や検査の結果において異常を指摘されなかった場合や治療の結果、完治に至っている場合を除きます。

告知日より過去2年以内に下記の病気で医師による診察・検査・治療・投薬を受けたことがありますか。ただし、治療の結果、完治に至っている場合を除きます。

A 手術
手術には、切開術・内視鏡・ファイバースコープ・カテーテル・放射線・レーザー光線・超音波・体外衝撃波結石破砕術(ESWL)などを含みます。

B 診察・完治
診察には経過観察による診察を含みます。
完治とは今後の診察・検査・治療・投薬を必要としないことをいいます。

C 肝炎
B型肝炎には、B型肝炎ウイルスキャリアの方も含まれます。
C型肝炎には、C型肝炎ウイルスキャリアの方も含まれます。

⑪ 団体介護保険 告知書 被保険者ご自身が全てご記入ください 40~65歳の方

告知日時点において、入院中、または過去3ヵ月以内に入院・手術をしたことがありますか。また、今までに医師により入院・手術を勧められ、告知日時点において、まだ終わっていないものがありますか。

告知日より過去5年以内に、公的介護保険の認定申請をしたことがありますか。

告知日より過去2年以内に下記の病気で医師による診察・検査・治療・投薬を受けたことがありますか。ただし、診察や検査の結果において異常を指摘されなかった場合を除きます。

⑫ 普通傷害保険 告知書 被保険者ご自身が全てご記入ください 40~80歳の方

下記1~3のうち、被保険者の職業に該当する番号を1つ、下の紫枠内にご記入ください。

下記いずれかのご職業

1 オートテスター、オートバイ競争選手、自動車競争選手、自転車競争選手、モーターボート(水上オートバイを含む)競争選手、猛獣取扱者(動物園飼育係を含む)、プロボクサー、プロレスラー、ローラーゲーム選手(レフリーを含む) カス

2 農林業作業員、漁業作業員、採鉱、採石作業員、自動車運転手(助手を含む)、木・竹・草・つる製品製造作業員、建設作業員

3 上記1・2以外(無職の場合も「3」とご記入ください)

被保険者のご職業について、該当する番号をご記入ください。

3 1のご職業に該当する場合は、ご契約をお引受けできません。

D 健康診断・便潜血・肝炎マーカー・腫瘍マーカー

- 健康診断とは健康維持および疾病の早期発見のための診察・検査をいいます。
- 便潜血検査については、複数回にわたる便潜血検査を受けている場合は、複数回のうち1回でも異常指摘された場合は告知の対象となります。
- 肝炎マーカーとは、B型肝炎診断の補助として実施される「HBs抗原」と、C型肝炎診断の補助として実施される「HCV抗体」などの血液検査項目のことをいいます。
- 腫瘍マーカーとは、悪性新生物診断の補助として実施される「AFP、PSA、CEA、CA19-9、CA125、SCC」などの検査のことをいいます。

お問い合わせ先

カーディフ損害保険株式会社カスタマーサービスセンター

通話無料 **0120-223-628**

受付時間9:00 ~ 18:00(祝日、年末年始を除く月曜日~金曜日)

人生安心パッケージ

団体ガン保険・団体介護保険・普通傷害保険 加入・増額申込書兼告知書

カーディフ損害保険株式会社提出用

カーディフ損害保険株式会社、三井住友信託銀行株式会社 御中

三井住友信託銀行株式会社を保険契約者とし私を被保険者とする団体ガン保険/団体介護保険/普通傷害保険への保険契約の加入を申し込みます。下記の告知書は私自身が記入したものであり、事実と相違ありません。告知事項が事実と相違した場合は契約を解除されても異議ありません。また、この加入・増額申込書記入事項に明らかな誤りがあるときは当該事項について訂正補充することに異議ありません。

次の内容をご確認のうえ被保険者(加入申込者)ご自身が全てご記入ください。

●「被保険者のしおり」を受領し、記載の「契約概要」「注意喚起情報」を了知し、申し込みの保障内容は、最終的に私の意向に沿った保障を選択したことに相違ないことを確認しました。●「被保険者のしおり」に記載の「個人情報の取り扱いについて」に同意のうえ、自署し、保険契約への加入を申し込みます。

加入・増額申込書

Form with fields for application date (2020), gender, birth date, name, and application period (2020).

Section 9: 口数 (Number of people) table with columns for Cancer, Care, and Injury.

※契約金額500万円を1口とします。

Section 10: 新規/増額 保険金額 (New/Increase Insurance Amount) table with columns for Cancer, Care, and Death/Disability.

※手術保険金額は、入院保険金日額の5倍または10倍。

11 団体ガン保険 告知書 被保険者ご自身が全てご記入ください 40~65歳の方

以下の1~4の告知が必要となります。下記4項目のいずれかが『はい』の場合、ご契約をお引受けできません。

Table with 4 rows of health questions for cancer insurance, including hospitalization and surgery history.

12 団体介護保険 告知書 被保険者ご自身が全てご記入ください 40~65歳の方

以下の1~3の告知が必要となります。下記3項目のいずれかが『はい』の場合、ご契約をお引受けできません。

Table with 3 rows of health questions for nursing insurance, including hospitalization and long-term care insurance.

13 普通傷害保険 告知書 被保険者ご自身が全てご記入ください 40~80歳の方

下記1~3のうち、被保険者の職業に該当する番号を1つ、下の紫枠内にご記入ください。

Table with 3 rows of job-related questions for general liability insurance, including professional and agricultural jobs.

1のご職業に該当する場合は、ご契約をお引受けできません。

Bottom section with fields for bank use, account ID (7017), and special notes.

Bottom section with fields for branch, agent, and name.

カーディフ損害保険株式会社、三井住友信託銀行株式会社 御中

三井住友信託銀行株式会社を保険契約者とし私を被保険者とする団体ガン保険／団体介護保険／普通傷害保険への保険契約の加入を申し込みます。下記の告知書は私自身が記入したものであり、事実と相違ありません。告知事項が事実と相違した場合は契約を解除されても異議ありません。また、この加入・増額申込書記入事項に明らかな誤りがあるときは当該事項について訂正補充することに異議ありません。

次の内容をご確認のうえ被保険者(加入申込者)ご自身が全てご記入ください。

●「被保険者のしおり」を受領し、記載の「契約概要」「注意喚起情報」を了知し、申し込みの保障内容は、最終的に私の意向に沿った保障を選択したことに相違ないことを確認しました。●「被保険者のしおり」に記載の「個人情報の取り扱いについて」に同意のうえ、自署し、保険契約への加入を申し込みます。

加入・増額申込書

Form with fields for application date (2020), gender, birth date, name, and application period (2020-01-01).

Form 9: Coverage amounts for Cancer, Care, and Injury.

Form 10: New/Increase Insurance Amounts for Cancer, Care, and Hospitalization.

※手術保険金額は、入院保険金日額の5倍または10倍。

①普通傷害保険をお申込みのお客さまで、ご加入後にご職業が変更になった場合は、三井住友信託銀行またはカーディフ損害保険株式会社カスタマーサービスセンターまでご連絡ください。

⑪ 団体ガン保険 告知書 被保険者ご自身が全てご記入ください 40～65歳の方

以下の1～4の告知が必要となります。下記4項目のいずれかが『はい』の場合、ご契約をお引受けできません。

告知書 1-4: Questions regarding cancer diagnosis, treatment, and medical history.

⑫ 団体介護保険 告知書 被保険者ご自身が全てご記入ください 40～65歳の方

以下の1～3の告知が必要となります。下記3項目のいずれかが『はい』の場合、ご契約をお引受けできません。

告知書 1-3: Questions regarding hospitalization, nursing insurance application, and medical conditions.

⑬ 普通傷害保険 告知書 被保険者ご自身が全てご記入ください 40～80歳の方

下記1～3のうち、被保険者の職業に該当する番号を1つ、下の紫枠内にご記入ください。

告知書 1-3: Questions regarding occupation and professional activities.

1のご職業に該当する場合は、ご契約をお引受けできません。

【契約概要・注意喚起情報】

- ① 団体ガン保険: https://www.in-cardif.jp/N0069BW7179/
② 団体介護保険: https://www.in-cardif.jp/N0069BW7180/
③ 普通傷害保険: https://www.in-cardif.jp/N0069BW7181/



特記事項

保障内容について不明の点や、ご請求についてのお問合わせにつきましては、下記にご連絡ください。
カーディフ損害保険株式会社カスタマーサービスセンター
TEL 0120-223-628

この「お客さま控」はお客さまのご加入内容を確認するための重要な書類となりますので、「被保険者のしおり」とともに大切に保管してください。

Form 15-17: Branch, Office, and Policy Number fields.

カーディフ損害保険株式会社、三井住友信託銀行株式会社 御中

三井住友信託銀行株式会社を保険契約者とし私を被保険者とする団体ガン保険／団体介護保険／普通傷害保険への保険契約の加入を申し込みます。下記の告知書は私自身が記入したものであり、事実と相違ありません。告知事項が事実と相違した場合は契約を解除されても異議ありません。また、この加入・増額申込書記入事項に明らかな誤りがあるときは当該事項について訂正補充することに異議ありません。

次の内容をご確認のうえ被保険者(加入申込者)ご自身が全てご記入ください。

●「被保険者のしおり」を受領し、記載の「契約概要」「注意喚起情報」を了知し、申し込みの保障内容は、最終的に私の意向に沿った保障を選択したことに相違ないことを確認しました。●「被保険者のしおり」に記載の「個人情報の取り扱いについて」に同意のうえ、自署し、保険契約への加入を申し込みます。

加入・増額申込書

Form with fields for application date (20...), gender, birth date, name, sex, and application period (20...).

Form 9: Number of policies (口数). Includes fields for cancer, nursing, and injury policies.

Form 10: New/Increase Insurance Amount (新規/増額 保険金額). Includes calculation and amount fields.

※手術保険金額は、入院保険金日額の5倍または10倍。

団体ガン保険 [契約概要・注意喚起情報] https://www.in-cardif.jp/N0069BW7179/



団体介護保険 [契約概要・注意喚起情報] https://www.in-cardif.jp/N0069BW7180/



普通傷害保険 [契約概要・注意喚起情報] https://www.in-cardif.jp/N0069BW7181/



(銀行使用欄) <口数チェック>

Bank use section for policy count check, including fields for investment amount and policy counts.

※ご投資前のファンドラップの契約金額はAPFで確認

※「新規」の場合は0口 ※「追加」「運用再開」の場合は、ファンドラップはAPFで、SMAは投資顧問業務部の店部開示ファイルで確認(データの基準日より後に手続きがある場合は投資顧問業務部に確認)

①申込書の訂正について
・①・③・⑧～⑩を訂正する場合
⇒加入申込者本人による訂正(二重線で抹消し、署名訂正)が必要です。

Bank use section for account ID (7017) and special notes.

Form with fields for branch (支店・部), application date, and other details.