

ジブラルタ生命保険株式会社 御中

下記の「加入(変更)日」から効力が発生することを承知のうえ被保険者の同意を得て、本申込をいたします。新規加入または増額の申込者は、本保険契約の加入資格を有しており、この申込書兼告知書に記載の事項および告知した事項は、事実と相違ありません。また、申込日から加入(変更)日までに健康状態に変化が生じた場合は、改めて告知をいたします。なお、もし上記に相違した場合は、契約またはその一部が解除されても異議ありません。

加入(変更)日	年 月 日	申込日	年 月 日
法人 事業主名	フリガナ		印
住所			

【被保険者の告知事項】加入申込者ご本人が告知日現在の状況をありのままに正確にお知らせください。

下記の告知事項について、下表の「あり・なし」のいずれかに○を記入し、「あり」の場合は別途「被保険者の告知書」をご提出ください。未成年者の場合は、親権者が加入同意のうえ告知及び押印して下さい。

- | |
|---|
| (1) 最近3ヵ月以内に医師の治療・投薬(指示・指導を含みます)を受けたことがありますか。 |
| (2) 過去1年以内に病気やけがのため手術を受けたこと、または継続して2週間以上(*2)の入院をしたことがありますか。また、病気やけがのため2週間以上(*1)にわたり、医師による治療・投薬(*2)を受けたことがありますか。 |
| (3) 手・足の欠損または機能に障害がありますか。また背骨(脊柱)・視力・聴力・言語・そしゃくの機能に障害がありますか。 |
- (*1) 「2週間以上」とは、転医、転科を含め、初診から終診までの継続加療期間で、医師の管理下にあった期間をいいます。(実際の診療日数ではありません。)
(*2) 「医師の治療・投薬」とは医師による診察・検査(妊娠による定期検査を含みます)・治療・投薬のほか、指示・指導を含みます。

[加入対象者の同意確認事項] (同意いただける場合は「申込印・同意印」欄に押印願います。

本制度の加入勧奨資料(契約概要・注意喚起情報を含む)に記載の内容を了承し、申込書記載の事項および告知欄記載の告知事項は事実と相違ないこと、ならびに告知に際し生命保険会社の職員・代理店・団体の事務担当者から事実を告知することを妨げられたりあるいは事実と違うことを告知するように勧められたことはないことを誓約するとともに、契約内容(保障内容・保険金額等)が申込者の意向(ニーズ)に合致していることを確認のうえで申込みます。また、加入勧奨資料の「個人情報の取り扱いについてのお知らせ」の内容を承知し、同意します。

(フリガナ) 被保険者氏名	生年月日	性別	新規	加入口数 増口口数	月額掛金	保険金 受取人	申込印 同意印	告知欄
昭 平	年 月 日	男 女	新規 増額	□	円	事業主	印	あり なし
昭 平	年 月 日	男 女	新規 増額	□	円	事業主	印	あり なし
昭 平	年 月 日	男 女	新規 増額	□	円	事業主	印	あり なし
昭 平	年 月 日	男 女	新規 増額	□	円	事業主	印	あり なし
昭 平	年 月 日	男 女	新規 増額	□	円	事業主	印	あり なし
昭 平	年 月 日	男 女	新規 増額	□	円	事業主	印	あり なし
昭 平	年 月 日	男 女	新規 増額	□	円	事業主	印	あり なし

上記月額掛金は「酪農協会共済制度」の掛金です。共済制度のうち、生命保険会社に委託する部分については、掛金の一部を「災害保障特約付・こども特約付・こども災害保障特約付団体定期保険」保険料と「企業年金保険」保険料に充当しています。

口数と災害保障特約付・こども特約付・こども災害保障特約付団体定期保険保険金額について

保険金額	酪農共済 (新規加入は「2口」以上からお選びください)				
	1口	2口	3口	4口	5口
	150万円	300万円	450万円	600万円	750万円

[注] 災害保障特約付・こども特約付・こども災害保障特約付団体定期保険から支払われる保険金・給付金については一旦協会を経由したのち、お受取人へのお支払いとなります。

(一社)全国酪農協会の告知事項	上記加入者については、(一社)全国酪農協会会員の構成員に相違ありません
団体名	一般社団法人全国酪農協会
代表者名	会長 馬瀬口 弘志 (印)