

全理連・災害保障特約付団体生命共済のお申込みにあたって

【ご意向(ニーズ)確認のお願い】

- お申込みにあたっては、「パンフレット」「契約概要」「注意喚起情報」等をご覧いただき、保障内容、保険金額(給付金額)、保険料および保険期間等がご自身のご意向(ニーズ)に合致した内容となっているか、必ずご確認ください。

【告知に関する重要な事項について】

- 現在および過去の健康状態等について、ありのままをお知らせいただくことを告知といい、加入申込者ご本人には告知をしていただく義務があります。生命保険は、多数の人々が保険料を出しあって、相互に保障しあう制度です。したがって、初めから健康状態の良くない方等が無条件に加入された場合、保険料負担の公平性が保たれません。ご加入のお申込みにあたっては、過去の傷病歴、現在の健康状態、身体の障がい状態等について加入申込書兼告知書で当社がおたずねすることについて、事実のありのままを、正確にもれなくお知らせ(告知)ください。

[告知いただく具体的な病名等について]

(例) 狭心症・心筋こうそく・心臓弁膜症・先天性心臓病・心筋症・高血圧症・川崎病・不整脈(ペースメーカーを含む)／脳卒中(脳出血・脳こうそく・くも膜下出血)・脳動脈硬化症・精神病・統合失調症・気分障がい(うつ病・躁うつ病)・神経症・てんかん・知的障がい・自律神経失調症・適応障がい・アルコール依存症・薬物依存症／ぜんそく・慢性気管支炎・気管支拡張症・肺気腫・肺結核／胃かいよう・十二指腸かいよう・かいよう性大腸炎・クローン病・すい炎／肝炎・肝硬変・肝機能障がい・胆石・胆のう炎／腎炎・ネフローゼ・腎不全・のう胞腎・腎臓結石・尿管結石／白内障・緑内障・網膜の病気(眼底出血を含む)・角膜の病気・中耳炎・蓄膿症(慢性副鼻腔炎)／がん・肉腫・白血病・しゅよう(リンパ腫・筋腫・のう腫を含む)・ポリープ・異形成／糖尿病・リウマチ・こうげん病・貧血症・紫斑病・甲状腺の病気・椎間板ヘルニア・痔／子宮筋腫・子宮内膜症・卵巣のう腫・乳腺症 等

- 生命保険会社の職員(営業職員・コールセンター担当者等)、代理店・保険契約者(団体)の職員等は告知を受領する権利がなく、口頭でお話しされても告知していただいたことにはなりません。告知をされる場合は、指定された書面をご提出ください。
- 告知いただくことがらは、加入申込書兼告知書に記載してあります。もし、これらについて、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「告知義務違反」としてご契約が解除されることがあり、保険金等が支払われない場合がありますのでご注意ください。また、既に払い込まれた保険料については、返金されない場合があります。なお、上記の場合以外にも、ご加入時の状況等により、保険金等が支払われない場合があります。例えば、「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」等、告知義務違反の内容が特に重大な場合、詐欺による取消を理由として、保険金等をお支払いできないことがあります。この場合、責任開始日(加入日)からの年数は問いません。(告知義務違反による解除の対象外となる1年経過後にも取消となることがあります。また、取消となった場合には既に払い込まれた保険料については返金されません。)
- 生命保険会社の職員(営業職員・コールセンター担当者等)、代理店・保険契約者(団体)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、あるいは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。

【個人情報の取り扱いについて

－保険契約者(全国理容生活衛生同業組合連合会)および生命保険会社からのお知らせ－

当該保険制度の運営にあたり、保険契約者は加入対象者(被保険者)の個人情報(氏名、性別、生年月日、健康状態等)[以下、個人情報]を取り扱い、保険契約を締結する生命保険会社(共同取扱会社を含みます。以下同じ。)へ提出いたします。また、保険契約者は、当該保険制度の運営において入手する個人情報を、事務手続きのために使用いたします。生命保険会社は受領した個人情報を、①各種保険契約の引受け・継続・維持管理、保険金・給付金等の支払、②関連会社・提携会社等を含む各種商品・サービスのご案内・提供・ご契約の維持管理、③生命保険会社の業務に関する情報提供・運営管理、商品・サービスの充実、④その他保険に関連・付随する業務のために利用(注)し、また、保険契約者、他の生命保険会社および再保険会社に上記目的の範囲内で提供します。なお、今後、個人情報に変更等が発生した際にも、引続き保険契約者および生命保険会社においてそれぞれ上記に準じ個人情報が取り扱われます。また、引受保険会社は、今後、変更する場合がありますが、その場合、個人情報は変更後の引受保険会社に提供されます。

(注) 保健医療等の機微(センシティブ)情報については、保険業法施行規則により、利用目的が限定されています。

当表紙は、加入申込みにあたって、ご理解・ご確認いただきたい重要なことがらを記載しておりますので、加入申込書兼告知書コピーとともに大切に保管してください。
なお、ご提出いただいた加入申込書兼告知書等は返却いたしませんので、ご了承ください。

ご記入例

記入上の注意事項

※太枠内は全て加入申込者ご本人が、必ずご自身でご記入ください。

※太枠内を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、抹消線に重ねて加入者本人の訂正署名または訂正印が必要です。

記入しないでください。

この「加入申込書兼告知書」を記入する日を書いてください。

必ずご本人がご署名ください。

抹消線に重ねて加入者本人の訂正署名、または訂正印が必要です。

「昭和」、「平成」のいずれかを○で囲んでください。

質問に対して、「はい」、「いいえ」のいずれかを○で囲んでください。

組合名コード 〇〇〇	支部名コード 〇〇	加入者番号 ×××	保険契約者 全国理容生活衛生同業組合連合会	印
加入年月日 令和 7 年 9 月 1 日	申込告知日 令和 7 年 8 月 23 日	加入者区分 1. 組合員 3. 従業員 4. 組合事務局職員	会社コード	
加入者氏名 (カタカナ) ゼンリ ジロウ (漢字) 全理 次郎		・「保険契約の重要事項のお知らせ」および「告知に関する重要な事項について」の内容を理解・了承しました。 ・この保険の目的および保障内容等が意向(ニーズ)に合致していることを確認しました。 ・「個人情報の取り扱いについて」の内容について承知し、同意します。 ・告知事項は下記記載のとおりで事実と相違ありません。		
性別 男性(昭) 女性(平)	生年月日 4 年 7 月 7 日 (満 33 歳)	住所 (カタカナ) トウキョウトシバヤクヨギ 1-36-4 〒151-0053 東京都渋谷区代々木 1-36-4	店名 ヘアーサロン代々木	TEL 03 (3379) 4111
区分 新規(増額) A1 A2 B C D	グループ区分	今回申込共済金(保険金) 100万 200万 300万 400万 500万	共済金(保険金)受取人 保険契約者	

注) ・増額の場合は、増額分のみ○をしてください。
 ・太枠内を訂正する場合は、加入者ご本人のお名前(署名または訂正印)による訂正をお願いします。

加入者の告知事項

下記の告知事項については、必ず加入者ご本人が、ありのままをもれなく正確にご記入ください。ありのままもれなく告知をされないと共済金(保険金等)が支払われない場合があります。

現在健康で正常に就業していますか。	はい() いいえ()	「いいえ」の場合ご記入ください。 休務期間 (年 月 日) 就業制限の内容 ()
下記告知事項1.~3. について告知いたします。 有の場合は詳細欄のとおり告知いたします。		【詳細欄】 ①病気やけがの名前・障がい部位 尿管結石
1. 最近3ヶ月以内に医師の治療(指示・指導を含みます)・投薬を受けたことがありますか。	無() 有()	②入院期間 (年 月 ~ 年 月) ③治療・投薬期間 (R7 年 1 月 ~ R7 年 2 月)
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、医師の治療・投薬(※2)を受けたことがありますか。	無() 有()	④症状経過(いずれかに○をつけ全治の場合は年月をご記入ください) () 全治している (全治年月 R7 年 2 月) () 現在、治療中 ⑤女性で妊娠中の場合 (妊娠 第 週)
3. 手・足の欠損または機能に障がいがありますか、または背骨(脊柱)・視力・聴力・言語・そしゃく機能に障がいがありますか。	無() 有()	

「いいえ」と答えられた方は、状況を詳しく記入してください。

「有」と答えられた方は、病名、症状等を詳しく記入してください。複数の病気等がある場合は全て記入してください。

※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・投薬・入院・手術をすすめられること、日常生活指導・勤務上の制限・アドバイス等を受けることをいいます。

質問に対して、「無」、「有」のいずれかを○で囲んでください。

※以下のことがらは特に重要ですので、ご加入者様ご自身で再度ご確認ください。

<チェック欄>

- 加入申込者本人には告知義務があり、所定の書面により、事実をありのまま正確にもれなく告知することが必要です。
- 生命保険会社の職員・保険契約者(団体)の職員等には告知受領権がなく、告知するためには所定の書面を提出する必要があります。
- 正しく告知がなされないと、共済金(保険金等)が支払われない場合があります。

令和7年
改訂版

全理連・災害保障特約付団体生命共済 加入申込書兼告知書

小型

ジブラルタ生命保険株式会社 御中

下記のとおり、全理連・災害保障特約付労働団体保険への加入を申込みいたします。下記加入者が、申込日現在、団体または事業所にて正常に勤務または就業しており、加入資格を有していることを証明いたします。なお、告知事項の内容は事実と相違ないことを誓約します。

組合名 コード	Z B	支 部 名 コード		加入者 番号		保険契約者	全国理容生活衛生同業組合連合会	印
加入年月日	令和 年 月 1 日	申 込 日	令和 年 月 日	加入者区分	1. 組合員 3. 従業員 4. 組合事務局職員	会社 コード		
加入者氏名 (カタカナ) (漢字)						・「保険契約の重要事項のお知らせ」および「告知に関する重要な事項について」の内容を理解・了承しました。 ・この保険の目的および保障内容等が意向(ニーズ)に合致していることを確認しました。 ・「個人情報の取り扱いについて」の内容について承知し、同意します。 ・告知事項は下記記載のとおりで事実と相違ありません。		
性別	男性 女性	生年月日	年 月 日					
住所	(カタカナ) 〒	店名			TEL ()			
区分	新規・増額	グループ区分	A1 A2 B C D	今回申込共済金(保険金)	100万 200万 300万 400万 500万	共済金(保険金)受取人	保険契約者	

太枠内は全て加入申込者ご本人が、必ずご自身でご記入ください。

注) ・増額の場合は、増額分のみ○をしてください。
・太枠内を訂正する場合は、加入者ご本人のお名前(署名または訂正印)による訂正をお願いします。

加入者の告知事項

下記の告知事項については、必ず加入者ご本人が、ありのままをもれなく正確にご記入ください。ありのままをもれなく告知をされないと共済金(保険金等)が支払われない場合があります。

告知事項	現在健康で正常に就業していますか。	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	「いいえ」の場合ご記入ください。 休業期間(年 月 日より) 就業制限の内容()
	下記告知事項1.~3. について告知いたします。 有の場合は詳細欄のとおり告知いたします。		【詳細欄】
	1. 最近3ヶ月以内に医師の治療(指示・指導を含みます。)・投薬を受けたことがありますか。	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有	①病気やけがの名前・障がい部位 ②入院期間(年 月~ 年 月) ③治療・投薬期間(年 月~ 年 月) ④症状経過(いずれかに○をつけ全治の場合は年月をご記入ください) ()全治している(全治年月 年 月) ()現在、治療中 ⑤女性で妊娠中の場合(妊娠第 週)
	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、医師の治療・投薬(※2)を受けたことがありますか。 (※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。	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有	
3. 手・足の欠損または機能に障がいがありますか、または背骨(脊柱)・視力・聴力・言語・そしゃく機能に障がいがありますか。	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有		

注) ・加入1年以内の加入者において加入時の疾病が発覚し、その病症が直接の原因で死亡したときは、共済金(保険金)は支払われません。
・共済金(保険金)は、全国理容生活衛生同業組合連合会を経由して、遺族等に支払われます。そのため加入者の遺族がその請求内容を了知していることが必要となります。

最後に再度告知事項を見直し、過去および現在における告知事項にもれがないことを確認してください。告知事項にもれがある場合には、万が一の場合に共済金(保険金等)をお支払いできないことがありますので、十分にご注意ください。

上記加入者が、申込日現在、正常に就業しており、加入資格を有していることを証明いたします。	理容生活衛生同業組合	組合印	印
理事長	部長	支部長	扱者
会社使用欄	支社コード	取扱社員	氏名
			コード

保険契約の重要事項のお知らせ

(事務幹事会社)
ジブラルタ生命保険株式会社

拝啓 時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

日頃より弊社社業につきましては格別なお引き立てを賜り厚くお礼申し上げます。

さて、この『保険契約の重要事項のお知らせ』は、このたび「全理連・災害保障特約付勤労団体保険」の被保険者様として加入申込みいただくに際し、当生命保険契約上の大切なことがらにつきまして記載しております。つきましては、記載内容をご確認の上、加入申込みくださいますようお願い申し上げます。なお、諸事情により申込みをお引き受けできない場合もありますので、その際はご了承のほどよろしくお願い申し上げます。

ジブラルタ生命は、全理連団体生命共済制度の引受会社(事務幹事会社)として皆様のご信頼ご期待におこたえできるよう一層努力してまいります。今後とも変わらぬお引き立てを賜りますようお願い申し上げます。

敬具

1. 加入のお申し込みの撤回等に関する事項(クーリング・オフ)

この保険は団体を契約者とする保険契約であり、被保険者となられる方のご加入のお申し込みの撤回(クーリング・オフ)の適用はありません。

2. 責任開始について

ご提出された「全理連・災害保障特約付団体生命共済 加入申込書兼告知書」に基づき、引受保険会社のご加入を承諾した場合、引受保険会社は所定の「加入日」からご契約上の責任を負います。

なお、生命保険会社の職員(営業職員・コールセンター担当者等)、代理店・保険契約者(団体)の職員等には、この保険契約への加入を決定(承諾)する権限(代理権)はありませんので、お客さまからの加入のお申し込みに対して引受保険会社が承諾することが必要です。

3. 保険金(注1参照)のお支払いについて

- (1) 死亡保険金・・・死亡保険金は、保険期間中に被保険者が亡くなられた場合、死亡保険金受取人にお支払いします。
- (2) 高度障害保険金・・・高度障害保険金は、保険期間中に加入日以後の傷害または疾病により、次のいずれかに該当した場合、高度障害保険金受取人にお支払いします。

- ① 両眼の視力を全く永久に失ったもの
- ② 言語またはそしゃくの機能を全く永久に失ったもの
- ③ 中枢神経系または精神に著しい障害を残し、終身常に介護を要するもの
- ④ 胸腹部臓器に著しい障害を残し、終身常に介護を要するもの
- ⑤ 両上肢とも、手関節以上で失ったかまたはその用を全く永久に失ったもの
- ⑥ 両下肢とも、足関節以上で失ったかまたはその用を全く永久に失ったもの
- ⑦ 1上肢を手関節以上で失い、かつ、1下肢を足関節以上で失ったかまたはその用を全く永久に失ったもの
- ⑧ 1上肢の用を全く永久に失い、かつ、1下肢を足関節以上で失ったもの

4. 保険金・給付金が支払われない場合

(注) 増額の場合の増額部分については、「加入」を「増額」と読み替えます。増額部分が該当した場合は、その増額部分について保険金等が支払われません。

- (1) 保険契約者または被保険者が加入の際に、故意または重大な過失により、事実を告げなかったかまたは事実でないことを告げ、保険契約の全部または一部が解除されたとき。
- (2) 保険契約者、被保険者または保険金受取人が保険金等を詐取する目的で事故招致をしたときや暴力団関係者、その他の反社会的勢力に該当すると認められたときなど、重大な事由に該当し、保険契約の全部または一部が解除されたとき。
- (3) 保険契約者から当社に保険料の払い込みがなされず保険契約が失効し、失効日以後に支払事由が生じたとき。
- (4) 加入の際に保険契約者または被保険者に詐欺の行為があり、保険契約の全部または一部が取消となったとき。
- (5) 加入の際に保険契約者または被保険者に保険金等を不法に取得する目的または保険金等を他人に不法に取得させる目的があり、保険契約の全部または一部が無効となったとき。
- (6) 支払事由に該当した時点で、被保険者としての資格が無いとき。
- (7) 死亡保険金・高度障害保険金について(高度障害とは、上記3. 一(2)の①～⑧の状態のことをいいます。以下同じ)
 - ◇ 加入日から起算して1年以内の自殺
 - ◇ 保険契約者の故意によるとき
 - ◇ その被保険者の故意による高度障害
 - ◇ 戦争その他の変乱によるとき
 - ◇ 加入日前に発生した傷害または疾病を原因とする高度障害(なお、その傷病や不慮の事故について告知いただいた場合でもお支払いの対象にはなりません)
- (8) 災害保険金・障害給付金・入院給付金について
 - ◇ 保険契約者・その被保険者・受取人の故意、または重大な過失によるとき
 - ◇ その被保険者の犯罪行為によるとき
 - ◇ その被保険者の精神障害または泥酔の状態を原因とする事故によるとき
 - ◇ その被保険者が法令に定める運転資格を持たないで運転している間に生じた事故によるとき
 - ◇ その被保険者が法令に定める酒気帯び運転またはこれに相当する運転をしている間に生じた事故によるとき
 - ◇ 地震、噴火、津波または戦争その他の変乱によるとき
 - ◇ 加入日前に発生した不慮の事故による傷害を原因とするとき(なお、その傷病や不慮の事故について告知いただいた場合でもお支払いの対象にはなりません)

5. 脱退による返戻金・満期保険金について

この保険には、被保険者の脱退による返戻金、および保険期間満了による満期保険金はありません。

なお、このたび加入申込みくださる保険契約には災害保障特約及び子ども特約・子ども災害保障特約が付加されております。詳細につきましては、当契約のパンフレットをご覧くださいか、保険契約者(全国理容生活衛生同業組合連合会)または各都道府県理容組合にご照会ください。

(注1) 当該団体生命共済制度におきましては、保険金を共済金と読み替えます。