

【ダウンロード・提出時のご注意】

「団体長期障害所得補償保険・被保険者告知書」の右下に

＜お客様へ＞ 加入依頼書(1～4 枚目)と告知書(5～7 枚目)を
切り離してからご記入ください。

と記載がございますが、下記1枚ずつご提出をお願いいたします。

■「団体長期障害所得補償保険加入依頼書・被保険者告知書」(印刷 2 枚目)

■「団体長期障害所得補償保険「健康状態に関する告知書」」(印刷 5 枚目)

団体長期障害所得補償保険加入依頼書・被保険者告知書

FLEX

加入者は、募集文書または損保ジャパンの公式ウェブサイト (https://www.sompo-japan.co.jp/) に掲載の個人情報の取扱いを確認し、加入依頼書に記載の加入者以外の者（被保険者等）より必要な同意を得たうえで、保険契約に関する個人情報の取扱いに同意します。

19.05

< 帳票 55034-3 >

証券番号 9 1 2 0 1 3 M 2 1 2

【重要】★の項目は「告知事項」です。事実と異なる内容を記載した場合や事実と異なると判断された場合には、ご契約を解除することや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。

申込日 令和 年 月 日

加入者住所・氏名、被保険者氏名のフリガナは必ずご記入ください。

加入者	住	〒	—	年	月	日	☎(自宅) (携帯)	() ()	
	フリガナ								
	漢字								
	漢字								
氏名	フリガナ	法人名 役名 代表者名 (個人名)	法人名 および 職名 代表者名 (個人名)	加入者ご署名またはご捺印欄 告知義務などの内容を確認し、 個人情報の取扱いに同意のうえ、 加入を依頼します。 署名欄(法人の場合はご捺印)					
	漢字								
性別	①男 ②女	生年月日	②大 ③昭 ④平 ⑤令	年	月	日	訂正 (あり)		
	①男 ②女	生年月日	②大 ③昭 ④平 ⑤令	年	月	日	歳		
被保険者	フリガナ	加入者と同じ場合は記入不要です。					職業・ 職種名		
	漢字								
①	性別	①男 ②女	生年月日	②大 ③昭 ④平 ⑤令	年	月	日	歳	
	加入者の 係	①本人 ②配偶者 ③子供 ④親 ⑤兄弟姉妹 ⑥その他同居親族 ⑦役員・その家族							
被保険者番号									

明細整理番号の使用方法は契約によって異なりますので内容をご確認のうえご記入ください。

521 所属コード	明細整理番号 1
522 職員番号	明細整理番号 2
523	明細整理番号 3
524	明細整理番号 4
525	明細整理番号 5

団体名 東急株式会社

保険期間 令和 2 年 10 月 1 日から
令和 3 年 10 月 1 日まで

< 漢字 >

KG6	明細整理番号 6
KG8	明細整理番号 7

加入型	口数	保険料 (分割払は1回分)
800 型	801 □	0A0 千 円
加入者合計保険料(シート計) ※分割払は1回分		542 千 円

中途加入の場合記入 即時追加保険料	
0A1 千 円	
058 千 円	

対象期間 (年) (歳)	支払対象外期間 日	定額型	支払基礎所得額 (保険金額)		約定給付率
			円	円	100 %
		定率型	保険料の算出の基礎となる額		約定給付率
			円	円	%

補償対象外とする疾病 7002 群コード

★他の保険契約または共済契約がありますか。

※他の保険契約または共済契約とは、所得補償保険、積立所得補償保険、団体長期障害所得補償保険等、この保険契約の全部または一部に対して支払責任が同じである他の保険契約または共済契約をいいます。

520 会社名 満期日
○令和 ○平成
年 月 日

⑨あり (右に記入) 保険種類 保険金額 ()万円

受取人指定・被保険者同意 526 脱退 前頁からの続き 整理番号

⑨ 別紙 ③ ①

<お客さまへ>
加入依頼書(1~4枚目)と告知書(5~7枚目)を切り離してからご記入ください。

パソコン ファイン ス記入欄	①	②	確認	0 2 1	
	指示	不備		0 2 4	
	不備			0 2 5	0 2 2



告知の前にご一読ください。

「健康状態に関する告知」にあたってご注意いただきたいこと

団体長期障害所得補償保険

正しく告知していただくことは大変重要です。

- 告知していただいた内容にしたがって、お引受けの可否や、補償の条件（一部の疾病群を補償の対象外とする条件の要否）が決まります。
- 正しく告知していただきませんと、ご契約を解除することや、保険金をお支払いできないことがあります。
- 告知書は、記入例をご確認いただきながら、必ず被保険者(保険の対象となる方)ご本人が事実を「ありのままに」「正確に」「もれなく」ご記入(告知)ください。
- 告知の対象となる「医師の診察、検査、治療または投薬」や特にご注意いただきたい事項については記入例に掲載していますのでご確認ください。

1. 告知の重要性

※詳細につきましてはパンフレット等をご確認ください。

- ・告知書にご記入いただく内容は、損保ジャパンが公平な引受判断を行ううえで重要な事項となります。
- ・口頭でお話し、または資料提示されただけでは、告知していただいたことにはなりませんのでご注意ください。
- ・損保ジャパンまたは取扱代理店は告知受領権を有しています。

2. 正しく告知されなかった場合のデメリット

※詳細につきましてはパンフレット等をご確認ください。

- ・ご加入初年度の保険期間の開始時からその日を含めて1年以内に過去の傷病歴、現在の健康状態等について、損保ジャパンに告知していただいた内容が不正確であることが判明した場合は、「**告知義務違反**」としてご契約を解除することがあります。また、ご加入初年度の保険期間の開始時からその日を含めて1年を経過していても、ご加入初年度の保険期間の開始時からその日を含めて1年以内に「保険金の支払事由」が発生していた場合は、ご契約を解除することがあります。
- ・ご契約が解除になった場合、「保険金の支払事由」が発生しているときであっても、保険金をお支払いできません。ただし、「保険金の支払事由」と「解除原因となった事実」に因果関係がない場合は、保険金をお支払いします。

3. 告知していただいたご契約のお引受け

ご契約のお引受けについて、告知していただいた内容により、下記①から③までのいずれかの取扱いとなります。

- ① **特別な条件を付けずにご加入いただけます。**
- ② **特別な条件付きでご加入いただけます。**
「特定の疾病群について補償対象外とする条件付き（「特定疾病等対象外の条件」をセット）」でご加入いただけます。
- ③ **今回はご加入いただけません。**

4. 始期前の発病や事故による無責の取扱い

※詳細につきましてはパンフレット等をご確認ください。

ご加入初年度の保険期間の開始時^(※1)より前に発病^(※2)した疾病または発生した事故による傷害を原因とする就業障害（保険金の支払事由）に対しては、正しく告知してご加入された場合であっても、保険金をお支払いできません。

ただし、ご加入初年度の保険期間の開始時^(※1)より前に発病^(※2)した疾病または発生した事故による傷害を原因とする就業障害（保険金の支払事由）であっても、ご加入初年度の保険期間の開始時^(※1)からその日を含めて1年を経過した後に就業障害（保険金の支払事由）が生じた場合は、その就業障害（保険金の支払事由）については保険金をお支払いします。

- (※1) 継続時に新たに補償を拡大する特約を追加された場合は、追加した特約についてはそのセットした日をいいます。
- (※2) 医師の診断による発病の時をいいます。ただし、その疾病の原因として医学上重要な関係がある疾病が存在する場合は、その医学上重要な関係がある疾病の発病の時をいいます。また、先天性異常については、医師の診断により初めて発見された時をいいます。

(注) 特別な条件付き（「特定疾病等対象外の条件」をセット）でご加入いただく場合、ご加入初年度の保険期間の開始時からその日を含めて1年を経過した後であっても保険金をお支払いできない場合があります。

お客さまのご確認のため
ご利用ください。

お客さま
チェック欄



告知書の質問事項、注意事項等を本案内とあわせてよくお読みください。

※本案内および告知書は重要な書類ですので、コピーのうえ大切に保管してください。

※ご加入の対象になる方等はパンフレット等をご確認ください。

ご不明な点は、取扱代理店または損保ジャパンまでお問い合わせください。

告知書記入例

- ・必要事項を黒のボールペンを使用して、楷書でご記入ください。
- ・訂正をする場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、抹消線に重ねて告知者の訂正署名または訂正印が必要です。修正液や重ね書きでの訂正はできません。

- ① <1>(1)から(5)までの質問事項について「はい」「いいえ」のいずれかに○をしてください。
(注) <1>(5)については、女性の方のみご記入ください。
- ② <1>(4)で「はい」の方は<2>をご確認のうえ、○をしてください。
- ③ <2>で「疾病・症状一覧表」のⅡ欄に○がある方は<3>をご確認ください。
- ④ <1>から<3>までをご確認のうえ、<4>に告知日をご記入、ご署名ください。

損害保険ジャパン株式会社 宛

団体長期障害所得補償保険「健康状態に関する告知書」

*この告知書は加入依頼書の一部となります。団体長期障害所得補償保険の申込書に別添には、必ず加入依頼書と告知書をお合わせてご記入ください。

証券番号 9 1 2 0 1 3 M 2 1 2

<1> 以下の質問事項にご回答ください。「はい」の方は矢印に従い、説明をご確認ください。質問事項へのご回答がすべて「いいえ」であれば、特別な条件を付けずにご加入いただけます。

質問事項	ご回答	ご確認・ご記入いただく事項
(1) 告知日現在、お仕事に就かれていない、またはお仕事による収入(勤労所得)を得ていない状態ですか。	はい	「はい」の方はご加入いただけません。
告知日現在、入院中ですか。 告知日現在、入院中ですか。 または告知日以降に入院もしくは手術の予定がありますか。 ※医師からすすまられている場合や医師と相談している場合を含みます。	はい	「はい」の方はご加入いただけません。
告知日から過去2年以内に、下記の「疾病・症状一覧表」Ⅰ欄に記載の疾病・症状により医師の診察、検査、治療または投薬を受けたことがありますか。 ※医師より「疾病・症状一覧表」Ⅰ欄に記載の疾病・症状の疑いの指摘を受け、検査等の結果が判明しない場合や経過観察中を含みます。	はい	「はい」の方はご加入いただけません。
告知日から過去2年以内に、下記の「疾病・症状一覧表」Ⅱ欄に記載の疾病・症状により医師の診察、検査、治療または投薬を受けたことがありますか。 ※医師より「疾病・症状一覧表」Ⅱ欄に記載の疾病・症状の疑いの指摘を受け、検査等の結果が判明しない場合や経過観察中を含みます。	はい	「はい」の方は下記<2>の「疾病・症状一覧表」Ⅱ欄の該当する疾病・症状すべてに○をしてください。
(5) 女性の方のみご回答ください。告知日現在、妊娠中ですか。	はい	「はい」の方はご加入いただけません。

<2> <1>(4)で「はい」の方は「疾病・症状一覧表」をご確認のうえ、Ⅱ欄に該当がある方は、該当する疾病・症状すべてに○をご記入ください。

疾病群	疾病・症状一覧表	
	Ⅰ欄 (Ⅰ欄に該当がある方はご加入いただけます。)	Ⅱ欄 (Ⅱ欄に○がある方は条件付きでご加入いただけます。)
A群 胃・腸の疾病	炎症性腸疾患(かいよう性大腸炎・クローン病)	胃・腸・十二指腸の癌(胃癌) 膵・胆の膵臓がん(膵臓癌)
B群 肝臓・胆のうすい臓の疾病	肝硬変 慢性肝炎 肝肥大 すい炎	(急性肝炎) (肝のうすい) (胆のうすい)
C群 腎臓・泌尿器の疾病	慢性腎炎 ネフローゼ 腎不全 副腎しゅよう	(腎臓炎) (急性腎炎) (腎臓・膀胱・尿管の結石)
D群 気管支・肺の疾病	結核 肺線維症 慢性閉塞性肺疾患(COPD(慢性気管支炎・肺気腫など))	(助産炎) (結核) (ぜんそく) (慢性気管支炎) (肺炎) (肺気腫) (自然気腫)
E群 脳血管・循環器関係の疾病	脳卒中(脳出血・脳こうそく(脳軟化)・くも膜下出血) 心臓弁膜症 心筋こうそく 心筋症 狭心症 不整脈(心房細動など、人工ペースメーカーを使用した場合を含みます。) 心雑音 動脈硬化症 動脈瘤	(高血圧症) (静脈瘤)
F群 腰・脊椎の疾病	骨のしゅよう性疾患	(腰痛症) (変形性脊椎症) (ギックリ腰) (椎間板ヘルニア) (骨粗しょう症) (後縦靭帯骨化症)
H群 眼の疾病		(白内障) (緑内障) (網膜症) (網膜剥離)
I群 ご婦人の疾病		(子宮筋腫) (子宮内腺症) (卵巣のう腫) (乳腺症) (乳腺線維腫を含みます。)(不正出血)
Z群 その他	糖尿病 紫斑病 結核性疾患(カリエスなど) 脳しゅよう 悪性しゅよう(各種がん・上皮内新生物・肉腫) 白血病 悪性リンパ腫 アルツハイマー病 ペーチェット病 こうげん病(全身性エリテマトーデス・強皮症・皮膚筋炎・関節リウマチ・多発性動脈炎など) リウマチ熱 精神および行動の障害(統合失調症・気分(感情)障害(躁うつ病、うつ病など)・恐怖性(リニック)障害・心的外傷後ストレス障害(PTSD)・アルコール依存など)	

*告知いただいた内容のご確認のため、本書面をコピーのうえ保管してください。
*告知していただいた内容をご確認される場合は、損保ジャパンまでご連絡ください。

<3> <2>でⅡ欄に○がある方は以下の特別な条件が付きま。

*該当する疾病群がある場合は、以下の特別な条件が付きま。補償対象外とする疾病等が発病した場合については、保険金をお支払いできません。

補償対象外とする疾病・症状	補償対象外期間	セットされる条件
○がある疾病群に属するすべての疾病 *例えばA群を補償対象外としてご加入いただく場合、左記記載の疾病に関わらず、胃・腸の疾病はすべて補償対象外となります。	全保険期間	特定疾病等 対象外の条件

継続してご加入される方は、上記のほか、加入依頼書の「補償対象外とする疾病」欄記載の病に属するすべての疾病等については、全保険期間補償対象外となります。

<4> <1>から<3>までの内容を再度ご確認のうえ、告知日をご記入、ご署名ください。

本告知事項は、私が自ら記入したものであり、事実と相違ありません。事実と相違していた場合は、ご契約が解除となったり、保険金の支払いを受けられなくなったりしても異議を申し立てません。また、「健康状態に関する告知にあたってご注意いただきたいこと」の内容について確認・同意し、ならびに「告知書の個人情報の取扱いに関する事項」を確認し、損保ジャパンが必要な範囲において個人情報取得・利用・提供することに、申込人(加入者)、告知者、被保険者(保険の対象となる方)ともに同意します。

告知日(ご記入日) 令和 ●●年 ●月 ●日

被保険者本人署名 損保 花子 被保険者ご本人がご署名ください。

ご署名ください。

<1>(3)・(4)について
(注1) 「医師の診察、検査、治療または投薬」には、入院(※1)・手術(※2)・投薬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含みます。
また、がん(※3)と診断されることを含みます。
(※1) 検査入院、日帰り入院や教育入院を含みます。
(※2) 「内視鏡手術」、「レーザー手術」、「悪性新生物温熱療法」、「衝撃波による体内結石破碎術」、「ファイバースコープまたは血管・バスケットカテーテルによる脳・喉頭・胸・腹部臓器等手術」、「新生物根治放射線照射」等を含みます。
(※3) 悪性新生物をいい、「上皮内新生物」、「肉腫」、「白血病」、「悪性リンパ腫」等の悪性しゅようを含みます。

(注2) 健康診断・がん検診・人間ドック(以下「健康診断等」といいます。)を受けていた場合
①「健康診断等」で異常(要経過観察・要再検査・要精密検査・要治療を含みます。)を指摘されている場合は、医師の診察を受けたのち、具体的な疾病・症状を告知してください。
②再検査・精密検査の結果異常がなかった場合については、本質問事項を「いいえ」とご回答ください。

<1>(4)について
・「はい」の方は、<2>の「疾病・症状一覧表」Ⅱ欄に該当する疾病・症状すべてに○をしてください。なお、Ⅰ欄に該当がある方はご加入いただけません。

告知日(ご記入日)を必ずご記入ください。

次の事項には、特にご注意ください。
・高血圧症と診断されている以外に、血圧降下剤を服用している場合についてもE群Ⅱ欄「高血圧症」に該当します。
・ポリープや子宮筋腫などを指摘された後、すぐに治療の必要がないため2年以内に治療や通院がないという状態でも経過観察に該当し、告知の対象になります。
・白内障の予防目的で目薬を点眼することも「医師の診察、検査、治療または投薬」に該当し、告知の対象になります。

団体長期障害所得補償保険「健康状態に関する告知書」

*この告知書は加入依頼書の一部となります。団体長期障害所得補償保険のお申込みの際には、必ず加入依頼書と告知書をあわせてご記入ください。

証券番号 9 1 2 0 1 3 M 2 1 2

<1> 以下の質問事項にご回答ください。「はい」の方は矢印に従い、説明をご確認ください。質問事項へのご回答がすべて「いいえ」であれば、特別な条件を付けずにご加入いただけます。

*疾病・症状名が不明な方は、疾病・症状名が判明してから、検査等の結果が判明していない方や要再検査の指摘を受けた方は、結果が判明してからお申込みください。
*健康診断・がん検診・人間ドックを受けていて、異常(要経過観察・要再検査・要精密検査・要治療を含みます。)を指摘されている場合は、医師の診察を受けたのち、具体的な疾病・症状名が判明してからお申込みください。

重要 2.告知の内容に★の項目は告知事項です。記入内容が事実と相違した場合は、ご加入をお断りする場合や、条件付きでご加入いただく場合があります。ご加入をお断りする場合や、条件付きでご加入いただく場合がありますので、あらかじめご了承ください。

質問事項	ご回答	ご確認・ご記入いただく事項
(1) 告知日現在 、お仕事に就かれていない、またはお仕事による収入(勤労所得)を得ていない状態ですか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	「はい」の方はご加入いただけません。
(2) 告知日現在 、入院中ですか。 または告知日以降に入院もしくは手術※の予定がありますか。 ※医師からすすめられている場合や医師と相談している場合を含みます。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	「はい」の方はご加入いただけません。
(3) 告知日から過去2年以内に 、下記の「疾病・症状一覧表」I欄に記載の疾病・症状により医師の診察、検査、治療または投薬を受けたことがありますか。 *医師より「疾病・症状一覧表」I欄に記載の疾病・症状の疑いの指摘を受け、検査等の結果が判明しない場合や経過観察中を含みます。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	「はい」の方はご加入いただけません。
(4) 告知日から過去2年以内に 、下記の「疾病・症状一覧表」II欄に記載の疾病・症状により医師の診察、検査、治療または投薬を受けたことがありますか。 *医師より「疾病・症状一覧表」II欄に記載の疾病・症状の疑いの指摘を受け、検査等の結果が判明しない場合や経過観察中を含みます。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	「はい」の方は下記<2>の「疾病・症状一覧表」II欄の該当する疾病・症状すべてに○をしてください。
(5) 女性の方のみご回答ください。 告知日現在 、妊娠中ですか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	「はい」の方はご加入いただけません。

<2> <1>の(4)で「はい」の方は「疾病・症状一覧表」をご確認のうえ、II欄に該当がある方は、該当する疾病・症状すべてに○をご記入ください。

告知される方(被保険者)がご認識している疾病・症状名が「疾病・症状一覧表」にある疾病・症状名と一致しなくても、医学的にその疾病・症状と同一と判断される場合には告知が必要です。傷病歴があり、「疾病・症状一覧表」に該当するが不明な場合は、主治医(担当医)に確認のうえ、ご回答ください。

疾病・症状一覧表

疾病群	疾病・症状一覧表	
	I 欄 (I欄に該当がある方はご加入いただけません。)	II 欄 (II欄に○がある方は条件付きでご加入いただけます。)
A群 胃・腸の疾病	炎症性腸疾患(かいよう性大腸炎・クローン病)	(胃・腸・十二指腸のかいよう) (腹膜炎) (胃・腸のポリープ) (腸閉塞) (大腸炎)
B群 肝臓・胆のう・すい臓の疾病	肝硬変 慢性肝炎 肝肥大 すい炎	(急性肝炎) (肝のうよう) (胆石) (胆のう炎)
C群 腎臓・泌尿器の疾病	慢性腎炎 ネフローゼ 腎不全 副腎しゅよう	(腎盂炎) (急性腎炎) (腎臓・膀胱・尿管の結石)
D群 気管支・肺の疾病	結核 肺線維症 慢性閉塞性肺疾患(COPD(慢性気管支炎・肺気腫など))	(肋膜炎) (膿胸) (ぜんそく) (気管支拡張症) (肺炎) (肺壞疽) (自然気胸)
E群 脳血管・循環器関係の疾病	脳卒中(脳出血・脳こうそく(脳軟化)・くも膜下出血) 心臓弁膜症 心筋こうそく 心筋症 狭心症 不整脈(心房細動など、人工ペースメーカーを使用した場合を含みます。) 心雑音 動脈硬化症 動脈瘤	(高血圧症) (静脈瘤)
F群 腰・脊椎の疾病	骨のしゅよう性疾患	(腰痛症) (変形性脊椎症) (ギックリ腰) (椎間板ヘルニア) (骨粗しょう症) (後縦靭帯骨化症)
H群 眼の疾病		(白内障) (緑内障) (網膜炎) (網膜症)
I群 ご婦人の疾病		(子宮筋腫) (子宮内膜炎) (卵巣のう腫) (乳腺症(乳腺線維腺腫を含みます。)) (不正出血)
Z群 その他	糖尿病 紫斑病 結核性疾患(カリエスなど) 脳しゅよう 悪性しゅよう(各種がん・上皮内新生物・肉腫) 白血病 悪性リンパ腫 アルツハイマー病 ベーチェット病 こうげん病(全身性エリテマトーデス・強皮症・皮膚筋炎・関節リウマチ・多発性動脈炎など) リウマチ熱 精神および行動の障害(統合失調症・気分(感情)障害(躁うつ病、うつ病など)・恐慌性(パニック)障害・心的外傷後ストレス障害(PTSD)・アルコール依存など)	

<3> <2>でII欄に○がある方は以下の特別な条件が付きます。

*該当する疾病群がある場合は、以下の特別な条件が付きます。補償対象外とする疾病等が発病した場合については、保険金をお支払いできません。

補償対象外とする疾病・症状	補償対象外期間	セットされる条件
○がある疾病群に属するすべての疾病 *例えばA群を補償対象外としてご加入いただく場合、左表記載の疾病に関わらず、胃・腸の疾病はすべて補償対象外となります。	全保険期間 継続契約においても原則として同様です。	特定疾病等 対象外の条件

継続してご加入される方は、上記のほか、加入依頼書の「補償対象外とする疾病」欄記載の群に属するすべての疾病等については、全保険期間補償対象外となります。

<4> <1>から<3>までの内容を再度ご確認のうえ、告知日をご記入、ご署名ください。

本告知事項は、私が自ら記入したものであり、事実と相違ありません。事実と相違していた場合は、ご契約が解除となったり、保険金の支払いを受けられなくなったりしても異議を申し立てません。また、「健康状態に関する告知にあたってご注意ください」との内容について確認・同意し、ならびに「告知書の個人情報の取扱いに関する事項」を確認し、損保ジャパンが必要な範囲において個人情報を取得・利用・提供することに、申込人(加入者)、告知者、被保険者(保険の対象となる方)ともに同意します。

告知日 (ご記入日)	令和 年 月 日
---------------	----------

被保険者 本人署名	被保険者ご本人が ご署名ください。
--------------	----------------------

*告知いただいた内容のご確認のため、本書面をコピーのうえ保管してください。
*告知していただいた内容をご確認される場合は、損保ジャパンまでご連絡ください。

告知書の個人情報の取扱いに関する事項

損保ジャパンは、この告知書に記載された個人情報を、保険引受・支払いの判断、本契約の履行、等を行うこと（以下、「当社業務」と言います。）に利用します。また、下記①および②、当社業務上必要とする範囲で、取得・利用・提供を行います。

- ①損保ジャパンが、当社業務のために、業務委託先（保険代理店を含みます。）、保険仲立人、医療機関、保険金の請求・支払いに関する関係先、等に提供を行い、またはこれらの者から提供を受けることがあります。なお、これらの者には外国にある事業者等を含みます。
- ②損保ジャパンが、再保険契約の締結や再保険金等の受領のために、国内外の再保険会社等に提供を行うこと（再保険会社等から他の再保険会社等への提供を含みます。）があります。

なお、保健医療等のセンシティブ情報（人種、信条、社会的身分、病歴、犯罪の経歴、犯罪被害事実等の要配慮個人情報を含みます。）の利用目的は、法令等に従い、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定します。
損保ジャパンの個人情報の取扱いに関する詳細（国外在住者の個人情報を含みます。）については損保ジャパン公式ウェブサイト（<https://www.sompo-japan.co.jp/>）をご覧くださいるか、募集文書掲載の取扱代理店または損保ジャパン営業店までお問い合わせ願います。

お申込み前に再度ご確認ください。

- ・告知書にご記入もれはありませんか？
- ・告知日はご記入いただいていますか？
- ・告知書に告知者ご本人がご署名いただいていますか？
- ・『「健康状態に関する告知」にあたってご注意いただきたいこと』はご確認いただきましたか？