

2023年度 団体保険制度 [損害保険]

WEB申込み手続き方法のご案内

サイト利用時のご注意事項

- ▶ 募集期間は、2023年7月3日（月）～2023年7月25日（火）です。
（毎日午前1時～午前7時の間は、システムメンテナンス等のため閉鎖しています）
- ▶ 「加入内容の確認」画面の「上記内容で確定」ボタンをクリックするまでに、画面右上のボタン「×」などで手続きを終了してしまった場合は、それまで入力した内容は反映されません。手続き前の契約内容となりますのでご注意ください。
- ▶ **ログイン後30分を経過すると接続が遮断されます。**遮断時に自動的に一時保存する機能はありませんので、ご注意ください。再ログインされる場合、加入内容をご確認のうえ、お申し込み手続きを行ってください。
- ▶ 募集期間中は、何度でも契約内容の変更が可能です。
- ▶ ホストサーバーと通信中には、各種ボタンを押下しないようにしてください。もし、ボタンを押されて内部エラーなどが表示された場合は、一旦ブラウザを閉じて再度アクセスしてください（最初からの手続きとなります）。
- ▶ 本サイトはセキュリティ面を考慮し、通常のインターネットよりレスポンスに時間をかけています。処理に時間がかかる場合は、一旦ブラウザを閉じ、朝や昼休みなどの混雑している時間帯は避けて再度アクセスしてください。



目次

- システムログイン画面 …………… P.1
- 登録情報の入力画面 …………… P.2
- 入力内容の確認画面～登録完了 …………… P.3
- 入力内容に誤りがあった場合 …………… P.4
- お手続き画面（トップ画面） …………… P.5
- ご加入にあたって …………… P.6-7
 - 加入内容照会
 - 商品の選択
- 補償内容の入力 …………… P.8-12
 - 交通災害保険における注意点
 - 基本プラン（家族型・夫婦型）における注意点
 - 基本プラン（本人型・交傷型）における注意点
 - 親介護セットについて
 - 医療セットについて
- 健康状態告知について …………… P.13-18
 - 親介護セット用
 - 医療セット他
 - 病気・症状一覧について
 - 入力完了後
- 重要事項のご説明 …………… P.19
- 加入内容の確認 …………… P.20-21
- お手続き完了 …………… P.22



システムログイン画面

団体保険制度(損害保険)のご案内

ログイン

■会社名を選択してください。

※ 出向されている方は出向元の会社名を選択してください

■ユーザーIDおよび初期パスワードを入力し、ログインボタンをクリックしてください。

・ユーザーID・パスワードは半角英数字で入力してください。

【ユーザーID】

「社員コード<前ゼロ埋め8桁>」となります。

(例:野村証券の社員コード123456の場合「00123456」)

なお、社員コードにアルファベットがある方は半角大文字でご入力ください。

【パスワード】

初期パスワードはご自身の生年月日となります。

(例:昭和B3年1月1日生まれの場合「19780101」)

※パスワードは年度ごとリセットされます。令和4年の初回ログインの際は、初期パスワードをご入力ください。

ご注意ください

① ID・パスワードを6回間違えるとロックがかかりますのでご注意ください。

① ログイン後30分を超過した場合接続が遮断されます。また一時保存機能はありませんのでご注意ください。
(遮断後、再ログインする場合は念のため加入照会画面で現在の加入内容をご確認ください。)

※<会社名>

野村グループ	<input type="radio"/> 野村証券	<input type="radio"/> 野村アセットマネジメント	<input type="radio"/> 野村信託銀行
	<input type="radio"/> 野村ビジネスサービス	<input type="radio"/> 野村プロパティーズ	<input type="radio"/> 野村インベスター・リレーションズ
	<input type="radio"/> 野村バブcockアンドブラウン	<input type="radio"/> 野村ヘルスケア・サポート&アドバイザー	<input type="radio"/> 野村キャピタル・パートナーズ
	<input type="radio"/> 野村かがやき	<input type="radio"/> 野村メザニン・パートナーズ	<input type="radio"/> ジャパン・チャイナ・キャピタル・パートナーズ
	<input type="radio"/> ファンベースカンパニー		
NRIグループ	<input type="radio"/> 野村総合研究所	<input type="radio"/> NRIネットコム	<input type="radio"/> NRIプロセシノベーション
	<input type="radio"/> NRIみらい	<input type="radio"/> NRIデータテック	
野村不動産グループ	<input type="radio"/> 野村不動産	<input type="radio"/> 野村不動産ホールディングス	<input type="radio"/> 野村不動産投資顧問
	<input type="radio"/> 野村不動産ソリューションズ	<input type="radio"/> 野村不動産パートナーズ	<input type="radio"/> 野村不動産ライフ&スポーツ
	<input type="radio"/> 野村不動産コマース	<input type="radio"/> 野村不動産アメニティサービス	<input type="radio"/> 野村不動産熱供給

ユーザーID

パスワード(PW)

ユーザーID・パスワードをお忘れの方はこちら

1. 《ログイン》画面で、会社名、ユーザーID および初期パスワードを入力し、【ログイン】をクリックしてください。

■会社名について

所属の会社を選択してください。

■ユーザーIDについて

全8桁の社員番号となります。

社員番号が8桁に満たない場合は**前ゼロ埋め**にて8桁にしてください。

<前ゼロ埋めとは>
社員番号の桁数は従業員さまによって異なります。社員番号の前に0をつけ、該当の桁数になるようにすることです。

ex)
・社員番号A123→「0000」「A123」
ユーザーIDは「0000A123」

■パスワードについて

初期パスワードはご自身の生年月日です。
西暦表記の8桁でご入力ください。

登録情報の入力画面

登録情報の入力

本サイトをはじめてご利用になる方は、新たにご入力をお願いいたします。

また、[個人情報取扱いについて](#)をご確認いただき、同意いただける場合は[個人情報の取扱いに同意する]を選択後、[次へ]ボタンをクリックしてください。

ご注意ください

◆パスワード

初期パスワードは必ず変更してください。

新しいパスワードは、**半角数字・半角英大文字の混在で、半角8桁以上15桁以下**でご指定ください。

変更されたパスワードは、募集期間中有効です。忘れないようにメモしておいてください。

◆メールアドレス

会社e-mailアドレスがブランクの方は、必ず確認メールをお送りするアドレス(会社・自宅など)を入力してください。

ただし、携帯電話のメールアドレスは登録できません。また、フリーメールアドレス(@gmail.comや@yahoo.co.jpなど)を指定されたときは、

メールが届かない場合がありますので、ご契約のプロバイダが会社でご利用のメールアドレスを指定してください。

ご登録内容	
ユーザーID	<input type="text" value="T0000000000007"/>
パスワード(PW)	<p>新しいパスワードを入力してください。なお、パスワードは半角8桁以上15桁以下でご指定ください。</p> <p>(半角英数字)</p> <input type="password"/> <input type="button" value="パスワードを隠す"/> <p>(確認のため、もう一度入力ください)</p> <input type="password"/>
氏名カナ(姓) (必須)	<p>(全角カタカナ)</p> <input type="text"/>
氏名カナ(名) (必須)	<p>(全角カタカナ)</p> <input type="text"/>
メールアドレス (必須) *手続き完了後に受付完了メールを送付するため、必ずご入力ください。	<p>*携帯電話のメールアドレスは登録できません。</p> <p>(半角英数字)</p> <input type="text"/> <input type="text"/> <p>(確認のため、もう一度入力ください)</p> <input type="text"/>

個人情報の取扱いに同意していただく必要があります。同意していただけない場合は当サイトをご利用できません。「個人情報の取扱いについて」をよくお読みいただき、同意していただける場合は下の[個人情報の取扱いに同意する]を選択後、[次へ]ボタンをクリックしてください。

[個人情報の取扱いについて](#)

個人情報の取扱いに同意する 個人情報の取扱いに同意しない

[個人情報保護委員会のプライバシーポリシー](#) [取組方針](#) [サイト利用規約](#)

2. **「登録情報の入力」**画面で登録情報を入力してください。

①初期PWは必ず変更してください。

半角数字・半角英大文字の混在で、半角8桁以上15桁以下でご指定ください。

②氏名カナ(姓・名)を入力してください。
(全角カタカナ)

③メールアドレスを入力してください。

手続き完了後に受付完了メールを送付するため、ブランクの方は必ず入力してください。

- ・会社のメールアドレスを推奨します。
- ・受信可能なアドレスを使用ください。
- ・携帯電話のメールアドレスは登録できません。

3. 「個人情報の取扱いについて」をお読みください。同意していただける場合は、[個人情報の取扱いに同意する]を選択後、

【次へ】をクリックしてください。

入力内容の確認画面～登録完了

1 登録情報の入力 → 2 入力内容の確認 → 3 登録完了

登録情報の入力 → 入力内容の確認 → 登録完了

入力内容の確認

入力内容をご確認のうえ、【次へ】ボタンをクリックしてください。

ご登録内容

ご登録内容の確認

ユーザーID	DANKEITEST001
パスワード(PW)	●●●●●●●●●●
氏名(カナ)	エビス タロウ
メールアドレス	test@test

[←戻る](#) [→次へ](#)

[個人情報保護宣言\(プライバシーポリシー\)](#) [勧誘方針](#) [サイト利用規約](#)

No. DKNW030 Copyright (c) 2018 Aioi Nissay Dowa Insurance Co., Ltd All right reserved.

4. 《入力内容の確認》

入力内容をご確認の上、【次へ】をクリックしてください。

登録完了

ご登録を完了いたしました。
【次へ】ボタンをクリックしてお手続きへお進みください。

ご登録内容

以下の内容で、お客様の登録情報を登録いたしました。

ユーザーID	DANKEITEST001
パスワード(PW)	●●●●●●●●●●
氏名(カナ)	エビス タロウ
メールアドレス	test@test

❗️【お願い】ユーザーIDやパスワードは、紛失・盗難されぬよう大切に保管してください。

[→次へ](#)

[個人情報保護宣言\(プライバシーポリシー\)](#) [勧誘方針](#) [サイト利用規約](#)

No. DKNW030 Copyright (c) 2018 Aioi Nissay Dowa Insurance Co., Ltd All right reserved.

5. 登録を終了いたしました。

《登録完了》画面で【次へ】をクリックし手続きを進めてください。



入力内容に誤りがあった場合

団体保険制度(損害保険)のご案内 [お問い合わせ先](#) [← 戻る](#)

■ 申し訳ございません

入力内容をご確認のうえ、もう一度ご入力ください。

[← 戻る](#)

[個人情報保護宣言\(プライバシーポリシー\)](#) [勤続方針](#) [サイト利用規約](#)

No. DKNW900 Copyright (c) 2018 Aioi Nissay Dowa Insurance Co.,Ltd All right reserved.

6. エラー画面

入力内容に誤りがあった場合、左記のような画面がでますのでご注意ください。

団体保険制度(損害保険)のご案内 [閉じる](#)

お問い合わせ先
ご不明な点は、下記までお問い合わせください。

取扱代理店

野村不動産ソリューションズ株式会社
保険営業部

TEL : 03-6866-2800
メールアドレス : hoken01@nomura-re.co.jp

引受保険会社

あいおいニッセイ同和損害保険株式会社(幹事保険会社)
金融法人第一部 営業第一課

TEL : 03-5202-6500

[閉じる](#)

7. 注意事項

ID・パスワードを5回誤って入力した場合、ロックがかかります。ロックがかかってしまった場合は左記お問い合わせ先にご連絡をお願い致します。

お手続き画面～加入内容の検討をお願いします。

野村の団体保険(損害保険)

ライフスタイルに合わせて選べる 団体保険制度[損害保険]

! 野村グループでは、くらしのさまざまなシーンのリスクに備える保険として、団体保険制度[損害保険]をご案内しております。

- ①交通災害保険（交通事故・交通上用具でのケガを補償）
- ②基本プラン（日常生活でのケガを補償）
- ③オプション（医療・親介護補償などプラスで充実した補償）
- ④所得補償（働きなくなったときの収入を補償）
- ⑤GLTD（長期休業時の収入減少に、最長60才まで補償）

皆さまの家族構成やニーズに合わせたプラン選択が可能であり、保険料も団体割引等を適用により大変割安になっています。新たなお申込はもちろん、すでにご加入されている方も補償の追加・拡大ができます。この機会にぜひご検討ください。

ご一読ください。

! 旧野村福祉共済会 会員の方へ大切なお知らせ

今回の募集から「交通災害保険」の保険料補助がなくなります。お支払いいただく保険料が全額個人負担となるため、2023年度の募集につきましては自動継続を行いません。継続いただける場合、必ずパンフレット記載の補償内容、保険料表をご確認のうえお申し込みください。お申込みのお手続きをいただかない場合は補償がなくなりますのでご注意ください。詳細は各企業さまよりご案内いただいている通知などをご確認いただきますようお願い申し上げます。ご不明な点につきましては、取扱代理店野村不動産ソリューションズ株式会社にお問合わせください。

! 交通災害保険以外の「基本プラン(ケガの補償)」「オプション(医療セット、スタンダードパック、ゴルフパック、レジャーパック、親介護セット)」「所得補償保険」「GLTD」は自動継続します

ご加入内容の変更または継続しない旨のお申し出のない限り、退職時または、ご継続時の被保険者ご本人または特約被保険者の年齢がご継続いただける年齢の上限に達するまで、保険契約の満了する日と同一補償内容で継続加入のお取扱いをいたします。この場合、継続後の保険料は、継続日現在の被保険者または特約被保険者の年齢および保険料率によって計算されます。
(ご注意) 保険金請求事故が多発した場合などについて、ご継続を中止させていただくことがあります。

! お申込みに関して

- ・画面上部の「商品案内」で、現在の加入内容がご自身のニーズに合致した内容であるか、お手続き前に必ずご確認ください。
- ・健康状態告知書質問事項の回答内容や入力項目(職種・年齢・他保険加入状況・保険金請求履歴等)により、ご契約のお引受けをお断りしたり、引受条件を制限させていただくことがありますので、あらかじめご了承ください。
- ・著しく保険金請求の頻度が高いなど加入者相互間の公平性を損なうおそれがある場合は、本制度の安定した運用を維持するため個別に加入セットの制限をさせていただくことがあります。

手続きを終了する場合は、画面右上の「終了する」ボタンをクリックして画面を開いてください。

各種メニューのご案内

→ 商品案内

団体保険制度(損害保険)の各補償内容を確認いただけます。

→ 加入内容照会および申込手続き

新規申込手続き・前年ご加入の方は前年の加入内容と今回継続される契約内容の確認および申込手続きができます。また、申込手続き後はその内容が表示されますので、申込内容の確認が可能です。

※今回の募集から「交通災害保険」の保険料補助がなくなる為、2023年度の募集では自動継続を行いません。

- 商品案内をクリックすると、以下の内容が確認できます。
 - ・制度概要
 - 今年度募集用のパンフレットが表示されます。
 - ・商品説明
 - 各商品についてのご説明がご確認いただけます。
 - ・保険金一覧
 - 各商品の保険金一覧がご確認いただけます。
 - ・その他
 - QAがご確認いただけます。
- 現在のご契約内容を確認してください。
 - 【加入内容照会および申込手続き】をクリックしてください。
 - ・《加入内容照会》画面に進みます。

I. ご加入にあたって～加入内容照会

加入内容照会

印刷する

■現在ご加入いただいている内容を確認いただき、下記の通りご対応ください。

- ①前年の加入内容で継続いただく場合 ⇒画面右下の[上記内容で全て自動継続]ボタンを押下してください。
- ②加入内容を追加される場合、または加入内容を変更する場合 ⇒[新規加入/補償内容の変更]ボタンを押下してください。
- ③期限までにお手続きされていない場合 ⇒前年の加入内容にて自動継続とさせていただきます。

①【旧野村福祉共済会 会員の方】

交通災害保険については本年度の募集に限り、自動継続を行いません。
交通災害保険以外の商品を保険契約の満了する日と同一内容で継続加入いただく場合には、①[上記内容ですべて自動継続]ボタンを押下ください。交通災害保険への加入を希望される場合には、②[新規加入/補償内容の変更]ボタンよりお手続きください。

②ご注意ください

- ・[上記内容で全て自動継続]ボタンは初回手続き時のみ表示されます。
- ・一度お手続きを完了された後、再度お手続きを行う場合は[新規加入/補償内容の変更]ボタンよりお手続きください。
- ・適用される割引率についてはパンフレットをご覧ください。
- ・補償内容の詳細は画面上部の商品案内をご参照ください。
- ・下記「特定疾病対象外欄」に表示がある場合、「疾病・症状名」に表示されている疾病・症状と「疾病・症状一覧表(団体総合生活補償保険(MS&AD型))」、「疾病・症状一覧表(団体長期障害所得補償保険(GLTLD))」、「疾病・症状一覧表(団体生活補償保険)」を参照およびこれらの疾病・症状と医学上因果関係がある疾病・症状について補償の対象外とさせていただきます。

ご一読ください。

③ 特定疾病等を補償対象外とする条件でご加入されているお客さまへ

新たに告知しなおすこと(再告知)によって、継続後の加入条件を変更できることがあります。継続して加入する際には現在の加入条件をご確認ください。
詳細は各商品ごとの補償内容入力画面の告知画面上部に記載がありますので、ご確認ください。

保険期間 令和5年10月1日午後4時から令和6年10月1日午後4時まで

※の項目は、ご契約に際して当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ください。

基本プラン(家族型・夫婦型) <団体(MS&AD型)>

被保険者1の加入内容

	前年の加入内容(満期を迎える加入内容)	今回継続される内容
被保険者氏名	テスト イチ	テスト イチ
団体との関係	(役員・)従業員本人(関連会社従業員を含む)	(役員・)従業員本人(関連会社従業員を含む)
生年月日	平成3年3月3日生	平成3年3月3日生
年齢	満31才 ・年齢は前年度の保険始期日時時点の満年齢となっているかご確認ください。	満32才 ・年齢は今年度の保険始期日時時点の満年齢となっているかご確認ください。
タイプ <input type="checkbox"/> 詳細	A(家族型)	A(家族型)
親介護セット <input type="checkbox"/> 詳細	OF1:親介護一時金300万円	OF1:親介護一時金300万円
スタンダードバック <input type="checkbox"/> 詳細	SF1:携行品損害70万円・弁護士費用(家族型)	SF1:携行品損害70万円・弁護士費用(家族型)
ゴルフバック <input type="checkbox"/> 詳細	GF1:ホールインワン・アルファ100万円	GF1:ホールインワン・アルファ100万円
レジャーバック <input type="checkbox"/> 詳細	LF1:救護者費用300万円・委託物30万円(家族型)	LF1:救護者費用300万円・委託物30万円(家族型)
※他の保険契約等に関する告知	-	なし

戻る

→ 上記内容で全て自動継続

→ 新規加入/補償内容の変更

1. 《加入内容照会》画面で、前年の加入内容と今年手続き済みのご契約内容が表示されます。

加入内容によって表示される画面の長さが異なります。
必ず、最下部までスクロールを行ったうえで、全画面の確認を行ってください。

2. 本年度の募集において「交通災害保険」は自動継続を行わない為、2022年度の「交通災害保険」既加入内容は表示されておりません。ご確認ください場合は各団体の人事部よりご案内頂いているWeb加入者証にてご加入内容をご確認ください。

3. 前年の加入内容で全て自動継続する場合の手続きについて

⇒【上記内容で全て自動継続】をクリックしてください。
《お手続き完了》画面に進みます。(P22を参照)

新規加入・内容変更・脱退の手続きについて

⇒【新規加入/補償内容の変更】をクリックしてください。
《お客さま情報の入力》画面に進みます。(P7を参照)

I. ご加入にあたって～商品の選択

野村の団体保険(損害保険)

加入内容照会 商品案内 重要事項説明 お問い合わせ先

終了する

1 ご加入にあたって → 2 補償内容の入力 → 3 重要事項のご説明 → 4 加入内容の確認 / 完了

加入内容照会 → 商品の選択

前回のログイン日時 2023/05/12 09:16:31

戻る 戻る場合は、ブラウザの戻るボタンではなく、画面にある[戻る]ボタンをご利用ください。

商品の選択

新規加入したい商品または補償内容を変更(注)したい商品のチェックボックスにチェックを入れ、右下の[手続開始]ボタンをクリックして次に進んでください。

選択した商品について、順番に手続きいただきます。

前年度ご加入いただいている商品は、チェックボックスにチェックを入れなくても同じ補償内容で自動的に継続されます。

(注)【旧野村福祉共済会 会員の方】

本年度、交通災害保険のみ自動継続ではありません。ご継続・ご加入を希望される場合には、商品選択の上、お手続きください。

選択欄	商品(保険の種類)	前年度 加入状況	当年度 手続状況(*1)	保険料
<input type="checkbox"/>	交通災害保険 < 団総(MS&AD型) > 一時払 <input type="checkbox"/> 商品案内(*2)	加入	前年同条件(☆)	2,700円
<input type="checkbox"/>	基本プラン(家族型・夫婦型) < 団総(MS&AD型) > 月払 <input type="checkbox"/> 商品案内(*2)	加入	前年同条件(☆)	12,990円
<input type="checkbox"/>	基本プラン(本人型) < 団総(MS&AD型) > 月払 <input type="checkbox"/> 商品案内(*2)	加入	前年同条件(☆)	9,510円
<input type="checkbox"/>	基本プラン(交傷型) < 団総(MS&AD型) > 月払 <input type="checkbox"/> 商品案内(*2)	加入	前年同条件(☆)	9,400円
<input type="checkbox"/>	医療セット < 団総(MS&AD型) > 月払 <input type="checkbox"/> 商品案内(*2)	加入	前年同条件(☆)	780円
<input type="checkbox"/>	所得補償保険 月払 <input type="checkbox"/> 商品案内(*2)	加入	前年同条件(☆)	3,000円
<input type="checkbox"/>	GLTD(団体長期障害所得補償保険) 月払 <input type="checkbox"/> 商品案内(*2)	加入	前年同条件(☆)	464円

*1 お手続きが完了していない場合は、手続中の状況を表示しています。

*2 各コース名の下に表示しているご案内は、この保険の特徴を説明したものです。詳しくは 商品案内をご覧ください。

☆自動継続について

交通災害保険以外の「基本プラン(ケガの補償)」[オプション(医療セット、スタンダードバック、ゴルフバック、レジャーバック、親介護セット)]「所得補償保険」「GLTD」に前年からご加入の皆さまについては、加入内容の変更や継続停止のご連絡がない場合、今回の募集においては(交通災害保険を除き)前年ご加入の内容に応じたセット・口数での自動継続加入の取扱いとさせていただきます。(ご年令の進行により保険料表の年令区分が変わる場合は、ご継続時のご年令による保険料となりますのでご了承ください。)

戻る

手続開始

5. 《商品の選択》画面の選択欄に、新規加入したい商品およびまたは補償内容を変更(注)したい商品にチェックを入れて、【手続開始】をクリックしてください。

選択した商品について、順番に手続きいただきます。

※前年度ご加入いただいている商品は、選択欄にチェックを入れなくても前年のご加入内容に従い読み替えた加入内容で自動継続されます。なお、「交通災害保険」のみ自動継続ではない為、既加入内容は表示されておりません。ご加入されたい方は選択欄にチェックの上お手続きください。

(注)ご継続を希望しない商品は脱退手続きが必要です。

脱退手続きを行わない場合は、交通災害保険以外の前年のご加入内容に従い、読み替えた加入内容で自動継続されます。

ご一読ください。

II. 補償内容の入力～交通災害保険における注意点

戻る 戻る場合は、ブラウザの戻るボタンではなく、画面にある戻るボタンを押してください。

交通災害保険 < 団総(MS&AD型) > 補償内容の入力
被保険者(補償の対象者)の情報を入力し、補償内容を選択してください。

被保険者(補償の対象となる方)の情報
以下の各項目を入力・選択してください。

交通災害保険については本年度の募集より、保険料補助がなくなります。必ずパンフレット記載の補償内容、保険料表をご確認のうえお申し込みください。
年齢により補償の範囲が異なります。
基本プランや他社契約分とあわせて下記を合計限度額として加入をご検討ください。

被保険者1 **A** 申し込む

被保険者1 情報の入力
→ 前年契約内容に戻す

被保険者氏名	全角カタカナ(例:エビス タロウ) ・姓と名の間に全角スペースを入れてください。 テスト イチ
団体との関係	[[役員・従業員本人(関連会社従業員を含む)]]
生年月日	半角英数(例:昭和55年12月12日) 平成 3 年 3 月 3 日

被保険者1 補償内容の入力 交通災害保険 < 団総(MS&AD型) > 商品案内

タイプ <input type="checkbox"/> 詳細	A
※ 他の保険契約等に関する告知	<input type="checkbox"/> 他の保険契約等がある場合はチェックしてください
保険料(一時払)	2,700円 B <input type="button" value="保険料試算"/> [保険料試算]ボタンをクリックすると、試算結果を表示します。

C 申し込む 申し込まない

入力内容に間違いがないことをご確認ください、次のお手続きにお進みください。

D **戻る** **次へ**

「戻る」ボタンを押下した場合

全てのお手続きがリセットされ、再度入力を行わなければいけません。そのため、操作上誤り等があった場合は再度選択を行い、お手続きを進めてください。

● 交通災害保険の補償内容入力について

- A 被保険者はご本人しか加入できません。
- B タイプ変更された場合には必ず、『保険料試算』をクリックし、今年度の保険料をご確認ください。
- C [申し込む] [申し込まない] を選択ください。

〈新規加入〉

- 被保険者氏名(全角カナ)・生年月日をご入力ください。
- 団体との関係をご選択ください。
- 補償内容のタイプをご選択ください。内容確認後、[申し込む] を選択してください。

D 入力内容に間違いがないことを確認いただき、【次へ】をクリックしてください。

II. 補償内容の入力～基本プラン(家族型・夫婦型)における注意点

基本プラン(家族型・夫婦型) < 団総(MS&AD型) > 補償内容の入力

被保険者(補償の対象者)の情報を入力し、補償内容を選択してください。

被保険者(補償の対象となる方)の情報

以下の各項目を入力・選択してください。

【ご加入方法】

新規加入の場合	被保険者名(全角カナ)・契約条件をそれぞれ入力し、[申し込む]を選択してください。
契約内容を変更する場合	契約条件をそれぞれ変更し、[申し込む]を選択してください。
脱退の場合	入力欄の下部にある[申し込まない]を選択してください。

- ①・親介護セットは被保険者1名につき本人または配偶者の親(保険始期時点で満99才まで)を最大2名を特約被保険者として補償の対象とすることが出来ます。
 ・親介護セットを複数名の被保険者をご選択いただき、特約被保険者が重複する場合、特約被保険者単位で保険金額は最大500万円までで設定していただくようご注意ください。
 ・弁護士費用(スタンダードパック)、委託物(レジャーパック)は補償の範囲がご家族となりますので、本人型に複数加入するなどで、補償が重複しないようご注意ください。

- ①・引当限度額が年令により下記の通り決まっております。
 交通災害保険・他の基本プラン・他社契約とあわせて下記を合計限度額として加入をご検討ください。

保険金の種類	0才～14才	15才以上
傷害死亡・後遺障害保険金額	5,000万円	2億円
傷害入院保険金(日額)	15,000円	30,000円
傷害通院保険金(日額)	10,000円	20,000円

【入力の際のご注意】

- ※[前年契約内容に戻す]および[入力取消ボタン]について
 既加入者の場合、前年の加入内容に戻ります(告知内容も含む)。新規加入者の場合、入力内容は取消されます。
 ※[戻る]ボタンをクリックした場合は、入力した被保険者の内容がすべて取消されて、前画面に戻りますので、ご注意ください。
 ※[申し込まない]を選択した場合は、加入しないこととなります。入力した内容の取消ではありませんので、ご注意ください。
 変更するために入力したが、その入力を取消したい場合は、再入力をしてください。

被保険者情報欄最下段の「保険料試算」ボタンをクリックすると、「保険料」欄に試算結果が表示されます。
 この内容でよろしければ[申し込む]を選択し、[次へ]をクリックしてください。

- ① ※の項目は、ご契約に際して当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ください。

被保険者1
 申し込む

被保険者1 情報の入力
[→ 前年契約内容に戻す](#)

被保険者氏名	全角カタカナ(例: エビス タロウ) ・姓と名の間に全角スペースを入れてください。 テスト イチ
団体との関係	A ((役員・)従業員本人(関連会社従業員を含む))
生年月日	半角英数(例: 昭和55年12月12日) 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日

被保険者1 補償内容の入力 基本プラン(家族型・夫婦型) < 団総(MS&AD型) > 商品案内

タイプ <input type="checkbox"/> 詳細	B A(家族型)
親介護セット <input type="checkbox"/> 詳細	C <補償を選択してください>
スタンダードバック <input type="checkbox"/> 詳細	C <補償を選択してください>
ゴルフバック <input type="checkbox"/> 詳細	C <補償を選択してください>
レジャーバック <input type="checkbox"/> 詳細	C <補償を選択してください>

※ 他の保険契約等に関する告知
 他の保険契約等がある場合はチェックしてください

● 基本プラン(家族型・夫婦型) をご契約希望の方

◇被保険者となる方の情報をご一読ください。

A ご本人だけでなく、ご家族の方も被保険者としてご設定いただけます。

(役員・)従業員本人(関連会社従業員を含む)
 (役員・)従業員本人の
 配偶者
 子ども
 両親
 兄弟姉妹

B 補償内容をご選択ください。

C ご希望されるオプションをご選択ください。
 ・親介護セットを選択された場合
 ⇒P11をご参照ください。

II. 補償内容の入力～基本プラン(本人型・交傷型)における注意点

基本プラン(本人型) <団総(MS&AD型)> 補償内容の入力

被保険者(補償の対象者)の情報を入力し、補償内容を選択してください。

被保険者(補償の対象となる方)の情報

以下の各項目を入力・選択してください。

【加入方法】

- 複数の被保険者を入力される場合、「被保険者1」から「被保険者8」を切り替えて入力してください。
- ネットでお申込できる被保険者数の上限は、8名さままでとなっております。ご加入希望者が8名を超える場合は、申込用紙でのお申込になります。お手数ですが、**お問い合わせ**までご連絡ください。

新規加入の場合	未入力の「被保険者1～8」に切替えて、被保険者名(全角カナ)・契約条件をそれぞれ入力し、 [申し込む] を選択してください。
契約内容を変更する場合	変更する「被保険者1～8」に切替えて、契約条件をそれぞれ変更し、 [申し込む] を選択してください。
脱退の場合	脱退する「被保険者1～8」に切替えて、入力欄の下部にある [申し込まない] を選択してください。

① 親介護セットは被保険者1名につき本人または配偶者の親(保険始期時点で満90才まで)から最大2名を特約被保険者として補償の対象とすることが出来ます。

- 親介護セットを複数の被保険者でご選択いただいた場合、特約被保険者が重複する場合、特約被保険者単位で保険金額は最大500万円までで設定していただくようご注意ください。
- 弁護士費用(スタンダードパック)、受託物(レジャーバック)は補償の範囲がご家族となりますので、本人型に複数加入するなどで、補償が重複しないようご注意ください。

② 引当限度額が年齢により下記の通り決まっております。
 交通災害保険・他の基本プラン・他社契約とあわせて下記を合計限度額として加入をご検討ください。

保険金の種類	0才～14才	15才以上
傷害死亡・後遺障害保険金額	5,000万円	2億円
傷害入院保険金(日額)	15,000円	30,000円
傷害通院保険金(日額)	10,000円	20,000円

【入力の際のご注意】

- * [前年契約内容に戻す]および[入力取消ボタン]について
既加入者の場合、前年の加入内容に戻ります(告知内容も含む)。新規加入者の場合、入力内容は取り消されます。
- * [戻るボタン]をクリックした場合は、入力した被保険者の内容がすべて取消されて、前画面に戻りますので、ご注意ください。
- * **[申し込まない]**を選択した場合は、加入しないこととなります。入力した内容の取消ではありませんので、ご注意ください。
変更するために入力したが、その入力を取消したい場合は、再入力してください。

被保険者情報最下段の[保険料試算]ボタンをクリックすると、「保険料」欄に試算結果が表示されます。
 この内容でよろしければ**[申し込む]**を選択し、**[次へ]**をクリックしてください。

① ※の項目は、ご契約に際して当社が必ずおこなう特重要な事項(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ください。

被保険者1 申し込む

被保険者2

被保険者3

被保険者4

被保険者5

被保険者6

被保険者7

被保険者8

被保険者1 情報の入力
 前年契約内容に戻す

被保険者氏名
 全角カタカナ(例:エビス タロウ)
 ・姓と名の間に全角スペースを入れてください。
 テスト イチ

団体との関係

生年月日
 半角英数(例:昭和55年12月12日)
 平成 年 月 日

被保険者1 補償内容の入力 基本プラン(本人型) <団総(MS&AD型)> 商品案内

タイプ 詳細

親介護セット 詳細

スタンダードバック 詳細

ゴルフバック 詳細

レジャーバック 詳細

※ 他の保険契約等に関する告知
 他の保険契約等がある場合はチェックしてください

● 基本プラン(本人型・交傷型) をご契約希望の方

◇被保険者となる方の情報をご一読ください。

A ご本人だけでなく、ご家族の方もご加入いただけます。複数の被保険者を入力される場合、「被保険者1」から「被保険者8」を切替えて入力してください。

団体との関係をプルダウンから選択ください。

- (役員・従業員本人(関連会社従業員を含む))
 (役員・従業員本人の)
 配偶者
 子ども
 両親
 兄弟姉妹
 同居の親族

B 補償内容をご選択ください。

C ご希望されるオプションをご選択ください。
 ・親介護セットを選択された場合
 ⇒P11をご参照ください。

II. 補償内容の入力～親介護セットについて

被保険者(補償の対象となる方)の情報

以下の各項目を入力・選択してください。

に加入方法

新規加入の場合	被保険者名(全角カナ)・契約条件をそれぞれ入力し、[申し込む]を選択してください。
契約内容を変更する場合	契約条件をそれぞれ変更し、[申し込む]を選択してください。
脱退の場合	入力欄の下部にある[申し込まない]を選択してください。

- ① 親介護セットは被保険者1名につき本人または配偶者の親(保険始期時点で満89才まで)から最大2名を特約被保険者として補償の対象とすることが出来ます。
 ・親介護セットを複数名の被保険者をご選択いただき、特約被保険者が重複する場合、特約被保険者単位で保険金額は最大500万円までで設定していただくようご注意ください。
 ・金庫十鳥田(ワカシゴトバウ) 等軽物(バスマーケット)は補償の範囲がご家族のみとなります。本人別に補給加入するタイプで補償が重複しないようご注意ください。
 ・引当限度額が年齢により下記の通り決まっております。
- ② 交通災害保険・他の基本プラン・他社契約とあわせて下記を合計限度額として加入をご検討ください。

保険金の種類	0才～14才	15才以上
傷害死亡・後遺障害保険金額	5,000万円	2億円
傷害入院保険金(日額)	15,000円	30,000円
傷害通院保険金(日額)	10,000円	20,000円

【入力の際のご注意】

- * [前年契約内容に戻す]および[入力取消]ボタンについて
 既加入者の場合、前年の加入内容に戻ります(告知内容も含む)。新規加入者の場合、入力内容は取消されます。
- * [戻る]ボタンをクリックした場合は、入力した被保険者の内容がすべて取消されて、前面に戻りますので、ご注意ください。
- * [申し込まない]を選択した場合は、加入しないこととなります。入力した内容の取消ではありませんので、ご注意ください。
 変更するために入力したが、その入力を取り消したい場合は、再入力をしてください。

被保険者情報欄最下段の[保険料試算]ボタンをクリックすると、「保険料」欄に試算結果が表示されます。
 この内容でよろしければ[申し込む]を選択し、[次へ]をクリックしてください。

① ※の項目は、ご契約に際して当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ください。

被保険者1
被保険者1 情報の入力
→ 入力取消

被保険者1 補償内容の入力
基本プラン(家族型・夫婦型) < 同級(MS&AD型) > 商品案内

タイプ 詳細

A 親介護セット 詳細

スタンダードパック 詳細

ゴルフバック 詳細

レジャーバック 詳細

※ 他の保険契約等に関する告知

< 補償を選択してください >

< 補償を選択してください >

< 補償を選択してください >

< 補償を選択してください >

< 補償を選択してください >

他の保険契約等がある場合はチェックしてください

特約被保険者・介護対象者1 親介護一時金支払特約 親介護 情報の入力

B 特約区分

介護を要する方(親)の氏名
(特約被保険者・介護対象者)

※ 生年月日

続柄

※ 健康状態の告知
 保険責任を加重する場合は告知ください。
 (保険金額の増額、補償の増加等)

< 補償を選択してください >

全角カナ(例:エビス タロウ)
 ・姓と名の間に全角スペースを入れてください。
 被保険者氏名とは異なりますのでご注意ください。

半角英数(例:昭和55年12月12日)
 < 年 > 年 < 月 > 月 < 日 > 日

告知する 告知しない

告知情報入力なし

【注意】
 このボタンは今回告知した内容を確認するボタンです。
 このボタンでは、過去からある告知内容を消去することはありません。
 再告知希望の列は、現在の健康状態で質問事項にお答えください。
 ※現在の健康状態の告知を行い、新たな告知内容に該当する条件で補給加入し直さなければなりません。

→ 今回の告知内容を消去する

健康状態の確認

保険料(月払)
C 保険料試算

D 申し込む
申し込まない

入力内容に間違いのないことを確認いただき、次のお手続きにお進みください。

● 親介護セットをご契約希望の方

◇被保険者となる方の情報をご一読ください。

- A** 補償内容をプルダウンで選択してください。
- B** 親介護セットの対象者を入力してください。
 - ・特約区分
 一時金のみをご選択ください。
 - ・対象者氏名
 全角カナで入力
 (姓と名の間にスペース)
 - ・生年月日
 - ・続柄
 (父(義父),母(義母)をご選択)
 - ・健康状態告知
 (告知はP13~をご参照ください)

C 『保険料試算』をクリックしてください。

D 『申し込む』を選択してください。

E 『次へ』をクリックしてください。



II. 補償内容の入力～医療セットについて

団体保険制度(損害保険)のご案内

1 加入にあたって → 2 補償内容の入力 → 3 重要事項のご説明 → 4 加入内容の確認 / 完了

交通災害保険 < 団総(MS&AD型) > → 基本プラン(家族型・夫婦型) < 団総(MS&AD型) > → 基本プラン(本人型) < 団総(MS&AD型) > → 基本プラン(交傷型) < 団総(MS&AD型) > → 基本プラン(交傷型) < 団総(MS&AD型) >

戻る

戻る場合は、ブラウザの戻るボタンではなく、画面にある戻るボタンをご利用ください。

医療セット < 団総(MS&AD型) > 補償内容の入力
被保険者(補償の対象者)の情報を入力し、補償内容を選択してください。

被保険者(補償の対象となる方)の情報
以下の事項を入力してください。

医療セットは、2022年10月1日時点で、満9才以上の方がご加入できません。

加入方法
基本プラン(家族型・夫婦型・本人型・交傷型)とセットでの加入を推奨しております。
複数の被保険者を入力される場合、「被保険者1」から「被保険者8」を切り替えて入力してください。
ネットでお申込できる被保険者数の上限は、6名までとなっております。ご加入希望者が6名を超える場合は、申込用紙でのお申込になります。
お申込が、「申込内容と申込世帯までご照会ください。」
男性の方は「P1、P2、P3、P4」からご選択ください。女性の方は「P5」をご選択いただけます。

新規加入の場合
本人入力の「被保険者1～8」に切替えて、被保険者名(全角カタカナ)・契約条件をそれぞれ入力し、[申し込む]を選択してください。

契約内容を変更する場合
変更する「被保険者1～8」に切替えて、契約条件をそれぞれ変更し、[申し込む]を選択してください。

脱退の場合
脱退する「被保険者1～8」に切替えて、入力欄の下部にある[申し込まない]を選択してください。

医療を補償する「レ」に新たに加入する場合は、前画面の「補償内容」から「医療セット」の増設、補償内容の変更する場合は、以下の[告知する]ボタンをクリックのうえ、健康状態に関する質問につき正確にご回答ください。

前年加入内容の被保険者を変更する場合のご注意
被保険者を別の方に入れ替える場合は新たにご加入される方について健康状態の告知が必要となります

引当限度額が年令により下記の通り決まっております。
他社契約分とあわせて下記を合計限度額として加入をご検討ください。

保険金の種類	生後5日以上 15才未満	15才以上
疾病入院保険金(日額)	20,000円	30,000円

【入力の際のご注意】
※[前年契約内容に戻す]および[入力取消]ボタンについて
既加入者の場合、前年の加入内容に戻ります(告知内容も含む)。新規加入者の場合、入力内容は取消されます。
※[戻る]ボタンをクリックした場合は、入力した被保険者の内容がすべて取消されて、前画面に戻りますので、ご注意ください。
※[申し込まない]を選択した場合は、加入しないこととなります。入力した内容の取消はありませんので、ご注意ください。
変更するために入力したが、その入力を取り消したい場合は、再入力をしてください。

被保険者情報欄最下段の[保険料試算]ボタンをクリックすると、「保険料」欄に試算結果が表示されます。
この内容でよろしければ[申し込む]を選択し、[次へ]をクリックしてください。

※の項目は、ご契約に際して当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ください。

被保険者1 被保険者1 情報の入力
→ 入力取消

被保険者2 被保険者氏名
全角カタカナ(例:エビス タロウ)
・姓と名の間に全角スペースを入れてください。

被保険者3 団体との関係
団体・従業員本人との関係を選択してください

被保険者4 ※生年月日
半角英数(例:昭和35年12月12日)
年 月 日

被保険者5 性別
性別を選択してください

被保険者6 被保険者1 補償内容の入力 医療セット < 団総(MS&AD型) > 補償内容
タイプ 詳細 詳細
B <補償を選択してください>
C [告知する] [告知する]ボタンをクリックして告知を行ってください。
告知情報入力

被保険者7 ※健康状態の告知
以下に該当する場合、告知が必要です。

被保険者8 病気補償、所得補償、GLTDのセットに
・新たに加入する場合
・保険責任を加重(保険金額の増額、口数の追加、疾病特約の追加・変更等)する場合

【注意】
このボタンは今回告知した内容を消去するボタンです。
このボタンでは、過去からある告知内容を消去することはありません。
再告知するご希望の方は、現在の健康状態で質問事項にお答えください。
※現在の健康状態の告知を行い、新たな告知内容に該当した条件で継続加入いただくことです。

今回の告知内容を消去する

※特定疾病対策外欄
 感染症一覧表

※他の保険契約等に関する告知
 他の保険契約等がある場合はチェックしてください

被保険料(月払)
D [保険料試算] [保険料試算]ボタンをクリックすると、試算結果を表示します。
E ● 申し込む ● 申し込まない

入力内容に間違いのないことを確認いただき、次のお手続きにお進みください。

● 医療セットをご契約希望の方

◇被保険者となる方の情報をご一読ください。

A ご本人だけでなく、ご家族の方もご加入いただけます。複数の被保険者を入力される場合、「被保険者1」から「被保険者8」を切替えて入力してください。

被保険者1
 申し込む

被保険者2
 申し込まない

被保険者3
 申し込む

被保険者4
 申し込まない

被保険者5
 申し込まない

<被保険者識別>
・加入されている場合は、「レ 申し込む」
・加入されていない場合は、「申し込まない」または
ブランク

B 補償内容をご選択ください。

C 『告知する』をクリックしてください。(告知に関してはP13～をご参照ください)

D 『保険料試算』をクリックしてください。

E 『申し込む』を選択してください。

F 『次へ』をクリックしてください。

← 戻る → 次へ

Ⅲ 健康状態告知について

The screenshot shows a web-based form for entering health insurance information. The main section is titled '被保険者1 情報の入力' (Insured Person 1 Information Input). It includes fields for name, relationship, and birth date. Below this is a section for '被保険者1 補償内容の入力' (Insured Person 1 Coverage Content Input), with options for plan type, care set, and various back-ups. A red arrow points from the '告知する' (Notify) button in the '告知情報入力' (Notify Information Input) section to the right-hand text. The '告知する' button is highlighted with a red dashed box. Below it is a '告知情報入力' field and a '【注意】' (Note) box with a '今回の告知内容を消去する' (Delete this notification content) button. At the bottom, there is a '保険料(月払)' (Monthly Premium) section showing 5,910円 and buttons for '保険料試算' (Premium Calculation) and '申し込む' (Apply).

1.告知が必要な場合

新たに加える場合、または補償内容を拡大(保険金額の増額、特約追加など)をする場合は、健康状態告知が必要となります。

→【告知する】をクリックしてください

＜補償を継続される方＞

【告知不要の場合】

「補償内容を変更しない方」または「補償内容を縮小する方」については、新たに告知いただく必要はありません。

【再告知の取扱い】

「補償内容を拡大する方」または「補償対象外としていた病気について、告知事項に該当しなくなったため、当該病気を補償対象外から補償対象へ変更することをご希望の方」のみ、再告知ください。

Ⅲ 健康状態告知について～親介護セット用

健康状態の告知 告知対象となる方への健康状態に関する質問
以下の注意点を読んで、ページ下部の質問事項にお答えください。

！ 団体総合生活補償保険 親介護一時金・休業専用 健康状態告知内容ご入力のご案内（必ずお読みください）

- 「健康状態告知についてのご案内」をご覧のうえ、質問事項にご回答ください。
- 団体総合生活補償保険の親介護一時金、親の介護による休業補償に今回新たに加入する方、および継続して加入する場合で保険金額の増額など補償内容を拡大する契約条件の変更を伴う方は、下記の質問事項に対する回答をご入力ください。
- 継続して加入する場合で、補償内容を拡大する契約条件の変更がない方は、ご入力は不要です。
- 親介護一時金支払特約は、特約被保険者となる方に被保険者ご本人が代理して回答する旨を了解いただき、被保険者ご本人が特約被保険者の健康状態を回答してください。また、親の介護による休業補償特約は、被保険者ご本人が介護対象者の健康状態を確認し回答してください。（注）被保険者ご本人とは、補償内容の入力画面の被保険者氏名欄に示された方をいいます。また、回答する被保険者ご本人の誕生日が15才未満の場合は、親権者の方が回答してください。
- 質問に該当する場合は「はい」に、該当しない場合は「いいえ」を選択してください。
- 質問事項に対するご回答の入力がない場合やご回答の内容が事実と異なっている場合は、ご契約が解除され保険金が支払われないことがあります。
- ご回答の内容によっては、保険契約をお引き受けできない場合がありますので、あらかじめご了承ください。
- ご回答の内容にかかわらず、加入初年度契約の保険期間の開始日より前に原因が発生した要介護状態については、保険金をお支払いできません（ご加入後365日を経過した場合は保険金をお支払いできることがあります）。

トクヤセホ イチさま:質問事項

※健康状態告知書質問事項回答欄(親介護一時金・休業専用)	お取扱い
<p><質問>健康状態に関するご質問</p> <p>●以下の①～⑥のいずれかに該当する項目はありますか。</p> <p>①今まで「がん」(悪性新生物をいい、上皮内がん・肉腫・白血病・悪性リンパ腫・骨髄腫などの悪性腫瘍を含みます)にかかったことがある。または、現在医師から「がん」の検査を受けるように指示されている。</p> <p>②今までに医師から「糖尿病」「高血糖症」「耐糖能異常」と診断されたことがある。または、現在医師からこれらの検査を受けるように指示されている。</p> <p>③現在、日常生活上の行為を行う際に、他人の介護や付き添い(一部介助・見守り・支えを含みます)を受けている。 ※日常生活上の行為とは、食事・歩行・寝返り・立ち上がり・入浴・排泄・衣類着脱・金銭の管理をいいます。</p> <p>④今までに、公的介護保険制度の要介護・要支援認定を受けたこと、または要介護・要支援の認定申請をしたことがある。</p> <p>⑤現在、医療機関に入院中、介護施設に入所中、もしくは療養のため就床中である。または医師より入院・手術をすすめられている。</p> <p>⑥過去5年以内に、「病気・症状一覧表」の甲欄に掲載されている病気・症状により、医師の診察・検査・治療(医師の指示による服薬を含みます)を受けたことがある。</p>	<p><input type="button" value="未回答"/> 質問で「はい」とご回答された場合は、お引き受けできません。ご了承ください。</p>

特約被保険者・介護対象者となる方(親)へのご確認方法を以下からご選択ください。(複数に該当する場合は、最番号の若い(小さい)確認方法を選択してください。)

①対面 ②電話 ③FAX・郵送 ④電子メール等、②③以外の通信手段

健康状態告知内容の質問事項に対する上記回答は事実と相違ありません。告知内容が事実と相違していた場合、保険契約を解除され保険金の支払を受けられないことがあることに同意します。告知対象となる方がお手続きをされる方と異なる場合、告知対象となる方ご本人に質問事項を見せ、ご本人の回答を確認し、ご本人を代理してその内容を正確に入力しています。

「健康状態告知内容ご入力のご案内」を読み内容を了解しました。

確認しました

質問事項のPDFを表示する(印刷用)

健康状態告知内容ご入力のご案内を読み、入力内容に間違いがないことを確認いただき、「健康状態を告知する」ボタンをクリックしてください。

1. 「健康状態告知についてのご案内」をご確認ください。

告知に関する注意事項と健康状態告知の解説が表示されますので、ご参照ください。

2. 質問事項にご回答ください。

特約被保険者となる方(親)へ質問事項を確認し、回答をご記載ください。

3. 確認方法をご選択ください。

2.で質問事項を確認した手段をご選択ください。また確認方法が複数となる場合は、番号の若い(小さい)確認方法をご選択ください。

ex) 親(特約被保険者)に対し、質問事項を電子メールと電話で確認を行った。
→確認方法は②と④のため、この場合は②電話を選択

4. 【ご確認】ご一読ください。

各質問事項のご回答が事実と相違ないことを確認のうえ、[確認しました]を選択後、『健康状態を告知する』をクリックしてください。

Ⅲ 健康状態告知について～医療セツト他

健康状態の告知 告知対象となる方への健康状態に関する質問

以下の注意点を読んで、ページ下部の質問事項にお答えください。

！ 団体総合生活補償保険(MS&AD型) 健康状態告知内容ご入力のご案内(必ずお読みください)

- 「健康状態告知のご案内」をご覧ください。
- 継続して加入する場合、補償内容を拡大する契約条件の変更がない方は、ご入力は不要です。
- 現在、特定疾病等を補償対象外とする条件でご加入されている方は、新たに告知をしないこと(再告知)によって、継続後の加入条件を変更できることがあります。継続して加入する際には現在の加入条件をご確認ください。
- 【例えばこんな場合】
数年前に告知した際、質問2の「過去5年以内に入院したことがある」に該当したため特定疾病等を補償対象外とする条件となったが、その後一切病気になることなく健康を保ち、現時点で告知すればすべて告知回答が「いいえ」となるケース
- 被保険者ご本人(補償の対象となる方)にご回答ください。ただし、満年齢が15才未満の被保険者については、親権者の方がご回答ください。
- 各質問に該当する場合は「はい」、該当しない場合は「いいえ」を選択してください。
- 質問事項に対する回答の入力がない場合や回答内容が事実と異なっている場合は、ご契約が解除され保険金が支払われないことがあります。
- ご回答の内容によっては、保険契約をお引き受けできない場合や「特定疾病等補償対象外」等の特別な条件を付けてお引き受けする場合があります。あらかじめご了承ください。また、特定疾病等補償対象外の場合には、次年度以降も原則として同条件での継続となります。
- ご回答の内容にかかわらず、加入初年度契約の保険期間の開始日より前に原因が発生した病気やケガについては、保険金をお支払いできません(ご加入後305日を経過した場合は保険金をお支払いできることがあります)。
- 継続して加入する方で、「疾病コード」欄に下記「病気・症状一覧表」の群名コード(以外のコードが印字されている場合の補償対象外となる病気・症状の範囲は、別紙「健康状態告知書質問事項回答欄(被保険者ご本人用)の解説」に記載していますのでご確認ください。

質問事項
下記ご「前年度告知内容」が表示されている場合、「疾病・症状名」に表示されている病気・症状、「疾病コード」に表示されている疾病コードに属する病気・症状(「**病気・症状一覧表**」を参照)およびこれらの病気・症状と医学上因果関係がある病気・症状について補償の対象外とさせていただきます。

健康状態に関する質問

※ 健康状態告知書質問事項回答欄(被保険者ご本人用)

質問事項	お取扱い
<p><質問> 「がん」に関するご質問</p> <p>以下の①～④いずれかに該当する項目がありますか。</p> <p>①今までに「がん」(悪性新生物をいし、上皮内がん、肉腫・白血病・悪性リンパ腫・骨髄腫などの悪性腫瘍を含みます)にかかったことがある。または、現在医師から「がん」の検査を受けるように指示されている。</p> <p>②今までに医師から「糖尿病」「高血糖症」「耐糖能異常」と診断されたことがある。または、現在医師からこれらの検査を受けるように指示されている。</p>	<p>質問で「はい」とご回答された場合、疾病を補償する契約はお引き受けできません。ご了承ください。</p>
<p><質問> 最近の健康状態・既往症に関するご質問</p> <p>以下の①～④いずれかに該当する項目がありますか。</p> <p>①最近3か月以内に、医師の診察・検査・治療(医師の指示による服薬を含みます)を受けたこと、または検査・治療・入院・手術をすすめられたことがある。</p> <p>②過去2年以内に、健康診断・人間ドックまたは医師による診察の結果、異常(要検査・要精密検査・要治療・要経過観察)を指摘されたことがある(検査や治療の結果、「異常なし」となった場合を除きます)。</p> <p>③過去5年以内に、入院したこと、または手術(内視鏡手術等を含みます)を受けたことがある。</p>	<p>質問の①～④に一つでも該当する項目がある場合は、病気・症状により、お取扱いが異なります。下部[健康状態を告知する]をクリックし、該当する病気・症状をご入力ください。</p> <p>ただし、後遺症のないケガおよび下記「完治している場合は告知不要の病気・症状」(完治している場合は告知不要の病気・症状) 感冒(のせ)、インフルエンザ、急性胃腸炎、急性へんどう炎、急性咽頭炎、急性喉頭炎、急性気管支炎、急性虫垂炎、急性中耳炎、外耳炎、結膜炎、花粉症、アレルギー性鼻炎、じんましん、そけいヘルニア、虫歯</p>
<p><質問> 女性の方へのご質問</p> <p>以下の①、②いずれかに該当する項目がありますか。</p> <p>①今までに妊娠または分娩に伴う病気・症状(帝王切開を含みます)で医師の治療を受けたことがある。</p> <p>※下記「妊娠または分娩に伴う病気・症状の例」を参照ください。 【妊娠または分娩に伴う病気・症状の例】 異常妊娠(子宮外妊娠など)、異常分娩(帝王切開分娩など)、妊娠悪阻(つわりの重いの)、妊娠高血圧症候群(妊娠中毒症)、流産、早産、切迫流産 など</p> <p>②現在、妊娠している。</p>	<p>①または両方に該当する方 「妊娠または分娩に伴う病気・症状」を補償対象外としてお取り扱いします。 ※具体的には、平成6年10月12日総務庁告示第75号に定められた分類項目中の分類コード000から079、081から099に規定されたものとし、分類項目の内訳については厚生労働省大臣官房統計情報部編「疾病、傷害および死因統計分類提要ICD-10(2003年版)準拠」によります。</p> <p>②にのみ該当する方 「補償開始日から1年以内に発病した妊娠または分娩に伴う病気・症状」を補償対象外としてお取り扱いします。 ※上記の条件は初年度加入時から1年間の限定であり、2年目以降は適用しません。</p>

ご確認!健康状態の告知

健康状態告知事項に対する上記回答は事実と相違ありません。告知内容が事実と相違していた場合、保険契約を解除され保険金の支払を受けられないことに同意します。告知対象となる方がお手続をされる方と異なる場合、告知対象となる方ご本人に質問事項を見せ、ご本人の回答を確認し、ご本人を代理してその内容を正確に入力しています。

「健康状態告知内容ご入力のご案内」を読み内容を了解しました。

確認しました

質問事項のPDFを表示する(印刷用)

健康状態告知内容ご入力のご案内を読み、入力内容に間違いがないことを確認いただき、**「健康状態を告知する」ボタンをクリックしてください。**

健康状態を告知する **閉じる**

1. 「健康状態告知内容ご入力のご案内」をご確認ください。

2. 質問事項にご回答ください。

各質問事項(質問1・2・3[質問3は女性の方のみ])にご回答ください。

※該当する場合は「はい」、該当しない場合は「いいえ」を選択してください。

※いずれの質問にも「いいえ」とお答えの方は、無条件でご加入できます。

■【質問1】で「はい」とお答えの方
⇒ご加入いただけません。

■【質問2】で「はい」とお答えの方
⇒次頁をご参照ください。

■【質問3】で①、または①・②両方に「はい」とお答えの方
⇒「妊娠または分娩に伴う病気・症状」を補償対象外としてご加入いただけます。

■【質問3】で②にのみ「はい」とお答えの方
⇒「補償開始日から1年以内に発病した妊娠または分娩に伴う病気・症状」を補償対象外としてご加入いただけます。

3. 【ご確認】ご一読ください。

各質問事項のご回答が事実と相違ないことを確認のうえ、[確認しました]を選択後、『健康状態を告知する』をクリックしてください。

Ⅲ 健康状態告知について～病気・症状一覧について

健康状態の告知 病気・症状の選択(健康状態告知質問事項)

病気・症状は3つまで選択いただけます。(ただし質問3で「はい」を選択された場合は2つまでとなります)。3つを超えての病気・症状に該当される場合、お手数ですが「お問い合わせ先」までご連絡ください。

該当する病気・症状がない場合は、「該当する病気・症状がない場合」にチェックのうえ、具体的な疾病・症状名(カタカナ)をご入力ください。なお、「該当する病気がない場合」はすでに選択いただいている病気・症状の数に関係なく常に選択および入力可能です。

病気・症状一覧表について

病気・症状が「病気・症状一覧表」の甲欄に該当する方 **お引き当てできません。ご了承ください。**

病気・症状が「病気・症状一覧表」の乙欄に該当する方 **該当群(A～F群)の甲欄および乙欄に記載の病気・症状すべてを特定疾病等補償対象外としてお引き当ていたします。**

「病気・症状一覧表」に該当する病名のない方 **その病気・症状のみを特定疾病等補償対象外としてお引き当ていたします。**

病気・症状名が不明な方や検査等の結果待ちの方 **病気・症状名が判明するまではお引き当てできません。ご了承ください。**

下記に「前年度告知内容」が表示されている場合、「疾病・症状名」に表示されている病気・症状、「病気コード」に表示されている病気コードに属する病気・症状(「**病気・症状一覧表**」を参照)およびこれらの病気・症状と医学上因果関係がある病気・症状について補償の対象外とさせていただきます。

	病気・症状名	甲種(お引き当てできません。ご了承ください。)	乙種(該当群(A～F群)の甲欄および乙欄に記載の病気・症状すべてを特定疾病等補償対象外としてお引き当ていたします。)
A群(A1)	脳・循環器系の疾病	<input type="checkbox"/> 脳卒中(脳出血、くも膜下出血、脳こうそく、脳血栓、脳塞栓、一過性脳虚血発作(TIA)など)、脳腫瘍、狭心症、動脈硬化症、心筋症、動脈狭心症、心不全、動脈瘤、心筋こうそく、心臓弁膜症	<input type="checkbox"/> 高血圧症(医師の治療を受けている場合、または治療を受けていない場合でも最低血圧110ミリ以上の場合)、高脂血症、脂質異常症(高コレステロール血症を含みます)、不整脈(心房・心室細動、心房細動、脚ブロックなど)、先天性疾患(心房・心室中隔欠損症、動脈管閉鎖症、大動脈縮窄症、ファロー四徴症など)
B群(B1)	呼吸器系の疾病	<input type="checkbox"/> 肺がん、咽頭がん、結核、肺気腫、間質性肺炎、肺線維症、気管支ぜん息	<input type="checkbox"/> 肺炎、じん肺、けいれん、肺のう胞、自然気胸、慢性気管支炎、気管支拡張症、胸腺炎(胸腺炎)
C群(C1)	消化器系の疾病	<input type="checkbox"/> 胃・腸のがん、食道がん、かいよう性大腸炎、クローン病	<input type="checkbox"/> 胃・腸のかいようまたはポリープ
D群(D1)	肝臓系の疾病	<input type="checkbox"/> 肝臓のがん、肝硬変、慢性肝炎、B型肝炎、C型肝炎	<input type="checkbox"/> 急性肝炎、肝肥大、黄疸
E群(E1)	胆のう・すい臓系の疾病	<input type="checkbox"/> 胆のう・すい臓のがん、すい炎	<input type="checkbox"/> 胆のうポリープ、胆のう炎、胆石(症)、胆管結石
F群(F1)	腎臓・泌尿器系の疾病	<input type="checkbox"/> 腎臓・膀胱・前立腺のがん、慢性腎不全、慢性腎炎、ネフローゼ、のう胞腎、尿毒症	<input type="checkbox"/> 急性腎不全、急性腎炎、腎う炎、腎臓・膀胱・尿道などの結石、前立腺肥大症
H群(H1)	婦人科系の疾病	<input type="checkbox"/> 子宮がん、卵巣がん	<input type="checkbox"/> 子宮筋腫、子宮内膜症、子宮筋腫症、子宮頸部異形成、卵巣のう腫
I群(I1)	骨・筋肉の疾病	<input type="checkbox"/> リウマチ(関節リウマチ、リウマチ熱、リウマチ性心疾患)、骨椎カリエス、後縦靭帯骨化症、筋ジストロフィー症、重症筋無力症	<input type="checkbox"/> 関節炎、骨髄炎、神経痛、頸肩腕症候群
K群(K*)	その他の疾病	<input type="checkbox"/> 精神障害(うつ病などの精神病や神経症、アルコール・薬物依存症を含みます)、非器質性睡眠障害・心因反応・知的障害・発達障害※1 膠原病(うづらみ)病、血友病、カリエス、厚生労働省指定の難病(ただし、メニエール病を除きます)※2	-

※1 具体的には、平成6年10月12日経産省告示第75号に定められた分類項目中の分類コードF00からF09が規定されたものとし、分類項目の内容については厚生労働省大臣官署統計情報部「編」疾病・傷害および死因統計分類要約D00-10(2008年版)準拠によりします。

※2 メニエール病は「疾病・症状名」欄に病名を記載することで加入いただけます。

厚生労働省指定の難病の例(2019年1月現在)
 モルモル病関連疾患、全身性エリテマトーデス、全身性強皮症、皮膚筋炎、多発性筋炎、特発性小脳萎縮性脳症、網膜色素変性症、小脳小脳萎縮性(多系統萎縮症を除く)、サルコイドーシス、シェーグレン症、原発性胆汁性肝硬変など

該当する病気がない場合 該当する病名がない場合

チェックボックスにチェックのうえ具体的な疾病・症状名(全角カタカナ)を入力してください。
 例: コウショウ センキンウ チェイカショウ
 疾病・症状名

※ 濁点半濁点も2文字とし20文字以内で入力してください。
 「疾病・症状名」欄に病名を入力する際の注意
 ・「疾病・症状名」欄に病名を記載する場合のご注意
 - 「病気・症状一覧表」に該当する病名がないことをご確認ください。
 ・「病気・症状一覧表」の甲欄、乙欄に該当する病気・症状の具体的な「疾病・症状名」欄に記入して加入の場合は、加入申込書の提出後であっても、保険期間の開始時から条件を訂正することまたはご加入の取扱いをすることがあります。

病気・症状一覧表についてを読み、入力内容に間違いがないことを確認いただき、「病気・症状を告知する」ボタンをクリックしてください。

1. 質問2 ①～③にひとつでも該当する項目がある場合は、以下に従って入力・ご確認ください。

病気・症状一覧表について注意事項をご確認ください。

● 病気・症状名が不明な方や検査等の結果待ちの方は、病気・症状名が判明するまではご加入いただけません。ご了承ください。

● 病気・症状が「病気・症状一覧表」の「甲欄」に該当される方は、ご加入いただけません。ご了承ください。

→【戻る】 または 【閉じる】 をクリックし、

《補償内容の入力》画面に戻り、

「新規の方」は[申し込まない]ボタンをクリックまたは入力を削除してください。

「継続の方」は、加入条件の見直しをご検討ください。

Ⅲ 健康状態告知について～病気・症状一覧について

下記に“前年度告知内容”が表示されている場合、“疾病・症状名”に表示されている病気・症状、“病気コード”に表示されている病気コードに属する病気・症状(「[病気・症状一覧表](#)」を参照)およびこれらの病気・症状と医学上因果関係がある病気・症状について補償の対象外とさせていただきます。

病気・症状の選択		病気・症状名	
		甲種(お引き受けできません。ご了承ください。)	乙種(該当群(A~I群)の甲欄および乙欄に記載の病気・症状すべてを特定疾病等補償対象外としてお引き受けします。)
A群(A1)	脳・循環器系の疾病	<input type="checkbox"/> 脳卒中(脳出血、くも膜下出血、脳こうそく、脳血栓、脳塞栓、一過性脳虚血発作(TIA)など)、脳腫瘍、狭心症、動脈硬化症、心筋症、動脈狭窄症、心不全、動脈瘤、心筋こうそく、心臓弁膜症	<input type="checkbox"/> 高血圧症(医師の治療を受けている場合、または治療を受けていない場合でも最低血圧110ミリ以上の場合)、高脂血症・脂質異常症(高コレステロール血症を含みます)、不整脈(心房・心室細動、心房頻拍、脚ブロックなど)、先天性心疾患(心房・心室中隔欠損症、動脈管閉存症、大動脈縮窄症、ファロー四徴症など)
B群(B1)	呼吸器系の疾病	<input type="checkbox"/> 肺がん、咽頭がん、結核、肺炎腫、間質性肺炎、肺線維症、気管支ぜん息	<input type="checkbox"/> 肺炎、じん肺、けい肺、肺のう胞、自然気胸、慢性気管支炎、気管支拡張症、胸膜炎(肋膜炎)
C群(C1)	消化器系の疾病	<input type="checkbox"/> 胃・腸のがん、食道がん、かいよう性大腸炎、クローン病	<input type="checkbox"/> 胃・腸のかいようまたはポリープ
D群(D1)	肝臓系の疾病	<input type="checkbox"/> 肝臓のがん、肝硬変、慢性肝炎、B型肝炎、C型肝炎	<input type="checkbox"/> 急性肝炎、肝肥大、黄疸
E群(E1)	胆のう・すい臓系の疾病	<input type="checkbox"/> 胆のう・すい臓のがん、すい炎	<input type="checkbox"/> 胆のうポリープ、胆のう炎、胆石(症)、胆管結石
F群(F1)	腎臓・泌尿器系の疾病	<input type="checkbox"/> 腎臓・膀胱・前立腺のがん、慢性腎不全、慢性腎炎、ネフローゼ、のう胞腎、尿毒症	<input type="checkbox"/> 急性腎不全、急性腎炎、腎う炎、腎臓・膀胱・尿路など結石、前立腺肥大症
H群(H1)	婦人科系の疾病	<input type="checkbox"/> 子宮がん、卵巣がん	<input type="checkbox"/> 子宮筋腫、子宮内膜炎、子宮腺筋症、子宮頸部異形性、卵巣のう腫
I群(I1)	骨・筋肉の疾病	<input type="checkbox"/> リウマチ(関節リウマチ、リウマチ熱、リウマチ性心疾患)、脊椎カリエス、後縦靭帯骨化症、筋ジストロフィー症、重症筋無力症	<input type="checkbox"/> 関節炎、骨髄炎、神経痛、頸肩腕症候群
K群(K1)	その他の疾病	<input type="checkbox"/> 精神障害(うつ病などの精神病や神経症、アルコール・薬物依存症を含みます)、非器質性睡眠障害・心因反応・知的障害・発達障害※1、膠原(こうげん)病、血友病、カリエス、厚生労働省指定の難病(ただし、メニエール病を除きます)※2	-

※1: 具体的には、平成6年10月12日総務庁告示第75号に定められた分類項目中の分類コードFO0からF99に規定されたものとし、分類項目の内容については厚生労働省大臣官房統計情報部編「疾病、傷害および死因統計分類提要ICD-10(2008年版)準拠」によります。
 ※2: メニエール病は「疾病・症状名」欄に病名を記載することで加入いただけます。
 厚生労働省指定の難病の例(2019年3月現在)「パーキンソン病関連疾患、全身性エリテマトーデス、全身性強皮症、皮膚筋炎/多発性筋炎、特発性血小板減少性紫斑病、網膜色素変性症、腎臓小腸炎性症(多系統萎縮症を除く)、サルコイドーシス、ペーチェット病、原発性胆汁性肝硬変など」

該当する病名がない場合

該当する病名がない場合

例) コウジョウセンキノウテイカショウの疾病・症状名

「疾病・症状名」欄に具体的な疾病・症状名(全角カタカナ※)を入力してください。

例) コウジョウセンキノウテイカショウの疾病・症状名

「疾病・症状名」欄に病名を記載する場合はご注意ください。 - 「病気・症状一覧表」に該当する病名がないことをご確認ください。

・「病気・症状一覧表」の甲欄、乙欄に該当する病気・症状の具体名を「疾病・症状名」欄に記入して加入した場合は、加入申込書の提出後であっても、保険期間の開始時から条件を訂正することまたはご加入の取消しをすることがあります。

病気・症状一覧表についてを讀み、入力内容に間違いがないことをご確認いただき、[「病気・症状を告知する」ボタンをクリックしてください。](#)

● 病気・症状が「**病気・症状一覧表**」の「**乙欄**」に該当される方は、該当群(A~I群)の**甲欄**および**乙欄**に記載の**病気・症状すべて**を特定疾病等補償対象外としてご加入いただけます。

→ 該当群にチェックのうえ【**病気・症状を告知する**】をクリックしてください。

例) 関節炎、骨髄炎、神経痛、頸肩腕症候群

病気・症状を告知する

● 「**病気・症状一覧表 甲欄、乙欄**」に該当する病名がない方は、その病気・症状のみを特定疾病等補償対象外としてご加入いただけます。

→ 該当する病名がない場合にチェックをし、病名を入力し【**病気・症状を告知する**】をクリックしてください。

例) コウジョウセンキノウテイカショウ

病気・症状を告知する

※ 継続加入の方が保険金額の増額など補償内容の拡大に伴い、改めて健康状態告知をされた場合、告知事項に該当する事項があれば、その内容に従って新たに引受可否判断や引受条件設定が行われますのでご注意ください。

Ⅲ 健康状態告知について～入力完了後

※の項目は、ご契約に際して当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ください。

被保険者1 ✔ 申し込む	被保険者1 情報の入力 → 入力取消	
被保険者2	被保険者氏名	全角カタカナ(例:エビス タロウ) ・姓と名の間に全角スペースを入れてください。 テスト イチ
被保険者3	団体との関係	(役員・従業員本人(関連会社従業員を含む))
被保険者4	※ 生年月日	半角英数(例:昭和65年12月12日) 平成 5 年 5 月 5 日
被保険者5	性別	男
被保険者1 補償内容の入力 <input type="checkbox"/> 医療セット < 団経(MS&AD型) > 商品案内		
タイプ <input type="checkbox"/> 詳細 <input type="checkbox"/> 詳細 <input type="checkbox"/> 詳細		
※ 健康状態の告知 以下に該当する場合、告知が必要です。		
病気補償、所得補償、GLTDのセットに ・新たに加える場合 ・保険責任を加重(保険金額の増額、口数の追加、疾病特約の追加・変更等)する場合		
告知情報入力あり 質問: () 質問: () 質問: ()		
【注意】 このボタンは今回告知、いただいた内容を消去するボタンです。 このボタンでは、過去からある告知内容を消去することはできません。 再告知※をご希望の方は、現在の健康状態で質問事項にお答えください。 ※現在の健康状態の告知を行い、新たな告知内容に応じた条件で継続加入いただくことです。		
<input type="checkbox"/> 今回の告知内容を消去する		
※ 特定疾病対象外欄 <input type="checkbox"/> 病気・症状一覧表		
※ 他の保険契約等に関する告知 <input type="checkbox"/> 他の保険契約等がある場合はチェックしてください		
保険料(月払) 620円 <input type="button" value="保険料試算"/> ← [保険料試算]ボタンをクリックすると、試算結果を表示します。		
○ 申し込む ○ 申し込まない		
入力内容に間違いがないことをご確認いただき、次のお手続きにお進みください。		
← 戻る → 次へ		

●すべての告知事項入力完了したら、**《補償内容の入力》**画面に戻ります。
[申し込む]を選択し、右下の【次へ】をクリックしてください。

・健康状態告知の確認事項がある被保険者について、メッセージが表示されますので、確認してください。



■告知は不要なので、取消してください

前年告知あり ⇒ 今年告知あり(前年と同内容)で
ご回答された方

■お引き受けできませんので、[申し込まない]を選択してください

引受不可のメッセージが表示された方

■告知が必要なので、[告知する]をクリックし、健康状態の告知を行ってください。

告知が必要だが未入力の方

IV 重要事項のご説明

団体保険制度(損害保険)のご案内

加入の要約書
 商品案内
 重要事項説明
 お問い合わせ先
 終了

1 加入にあたって → 2 補償内容の入力 → 3 重要事項のご説明 → 4 加入内容の確認/完了

重要事項のご説明

←戻る 戻る場合は、ブラウザの戻るボタンではなく、画面にある[戻る]ボタンをご利用ください。

重要事項のご説明

ご加入に際して特にご確認いただきたい事項をこの「重要事項のご説明」に記載しています。ご加入される前に必ずお読みいただき、ご加入ください。よろしければ、[確認しました]のチェックボックスにチェックを入れ、最下段の[次へ]ボタンをクリックしてください。



● 重要事項のご説明について

1. 【PDFを表示する（保存用）】をクリック

※必ずクリックしないと先に進めません。

2. 重要事項のご説明のPDFファイルが表示されますので、ご加入される前に必ずお読みください。

よろしければ、[確認しました]にチェックを入れ、【次へ】をクリックしてください。

あいおいニッセイ同和損害保険株式会社

重要事項のご説明

契約概要のご説明(団体総合生活補償保険(MS&AD型))

2019年10月

■ご加入に際して保険商品の内容をご理解いただくための事項をこの「契約概要のご説明」に記載しています。ご加入前に必ずお読みになり、お申込みくださいますようお願いいたします。

■この書面は、ご契約に関するすべての内容を記載しているものではありません。詳細はパンフレット、ご契約のしおり（普通保険約款・特約）または保険証券（注）などをご確認ください。また、ご不明な点につきましては、保険契約者、取扱代理店または引受保険会社までお問い合わせください。

（注）ご契約のしおり（普通保険約款・特約）、保険証券は保険契約者に交付されます。

■申込人と被保険者が異なる場合は、被保険者の方にもこの書面の内容をお伝えくださいますようお願いいたします。

1 商品の仕組み

(1) 商品の仕組み

団体総合生活補償保険は、次のとおり構成されています。詳細はパンフレット等の該当箇所またはご契約のしおり（普通保険約款・特約）をご確認ください。

基本となる補償	基本となる特約	補償の概要
ケガの補償	傷害補償(MS&AD型)特約	被保険者が急激かつ偶然な外来の事故によってケガを被った場合に保険金をお支払いします。(注)
病気の補償	疾病補償特約	被保険者が病気になり、その直接の結果として保険期間中に入院を開始した場合または手術などを受けた場合に保険金をお支払いします。

（注）「交通事故危険のみ補償特約」をセットした場合は、交通事故や交通乗用具の火災によって被ったケガに限り保険金をお支払いします。

(2) 被保険者の範囲

①ご契約内容により被保険者となれる方が限定されている場合があります。また、特約によりご加入できる被保険者の年齢が決まっている場合があります。詳細はパンフレット等の該当箇所またはご契約のしおり（普通保険約款・特約）をご確認ください。

V 加入内容の確認

団体保険制度(損害保険)のご案内

1 ご加入にあたって → 2 補償内容の入力 → 3 重要事項のご説明 → 4 加入内容の確認 / 完了

加入内容の確認 → お手続き完了

← 戻る 戻る場合は、ブラウザの戻るボタンではなく、画面にある[戻る]ボタンをご利用ください。

加入内容の確認

申込内容の最終確認をお願いします。
よろしければ、[ご加入内容確認事項について確認しました]のチェックボックスにチェックを入れ、最下段の[上記内容で確定]ボタンをクリックしてください。

お申込み完了前の内容です。

- ・ 疾病を補償していないタイプにご加入されている場合(健康状態告知不要のタイプにご加入されている場合)で、健康状態告知情報が設定されている場合は、ご契約時に告知情報をクリアいたします。
- ・ 画面上の“特定疾病対象外欄”に表示がある場合、“疾病・症状名”に表示されている疾病・症状
“疾病コード”に表示されている疾病コードに属する疾病・症状(「[【 病気・症状一覧表\(団体総合生活補償保険\(MS&AD型\)\)](#)」
「[【 病気・症状一覧表\(所得補償保険\)](#)」、「[【 病気・症状一覧表\(団体長期障害所得補償保険\(GLTD\)\)](#)」を参照)およびこれらの疾病・症状と医学上因果関係がある疾病・症状について補償の対象外とさせていただきます。

(注)“疾病コード”が“R0”の場合は、“疾病・症状名”に表示の疾病・症状とします。

ご加入手続きに際し、以下の事項を十分にご確認ください。

- ! 本確認事項は、万一の事故の際に安心して保険をご利用いただけるよう、ご提案いたしました保険商品がお客さまのご希望に沿った内容であること、ご加入いただくうえで特に重要な事項を正しくご入力いただいていることを確認させていただくためのものです。
お手数ですが、以下の各質問項目について、再度ご確認くださいませよう願い申し上げます。
なお、ご加入にあたりご不明な点につきましては、[【お問い合わせ先】](#)画面に記載の取扱代理店または引受保険会社までお問い合わせください。

◆1 保険商品が以下の点でお客さまのご希望に沿った内容となっていることを [【商品案内】](#)・[【重要事項説明】](#)でご確認ください。

万一、ご意向に沿わない場合は、ご加入内容を再度ご検討ください。
「[重要事項のご説明](#)」に記載の、補償が重複する可能性のある特約等については、ご加入の可否をご確認ください。
・ 保険金のお支払事由(主契約、セットしている特約を含みます)。

- ・ 保険金額(ご契約金額)
- ・ 保険期間(保険のご契約期間)
- ・ 保険料・保険料の払込方法

◆2 下記お申し込み内容に表示・入力の漏れ・誤りがないかご確認ください。

以下の項目は、正しい保険料の算出や適切な保険金のお支払等に必要項目です。
内容をよくご確認くださいませよう願い申し上げます。
入力の漏れ・誤りがある場合には、お手続き画面に戻り、訂正または入力をお願いいたします。

(1) 皆さまがご確認ください。

- 下記お申込内容の「生年月日」または「年令」欄、「性別」欄は正しく表示されていますか?
- 下記お申込内容の「職業・職務」欄(「職種級別」欄を含みます)は正しく表示されていますか?
または、事前に画面に表示している内容に誤りがないことをご確認くださいませましたか?
- 下記お申込内容の「他の保険契約等」欄は正しく表示されていますか?
* お申込内容によっては、上記の欄がない場合があります。上記のうち欄がないものについてのご確認は不要となります。

(2) 以下に該当する内容をお申込みの方のみご確認ください。

- 「複数の方を保険の対象にするセット「基本プラン(本人型)」「基本プラン(交俣型)」「医療セット(団総(MS&AD型))」をお申込みの場合のみ」ご確認ください。
被保険者(補償の対象となる方)の範囲はご希望通りとなっていますか?
「健康状態告知をしていた契約のタイプ「[【親介護セット\(団総\(MS&AD型\)\)](#)」「[【医療セット\(団総\(MS&AD型\)\)](#)」
「[【所得補償保険】](#)」「[【GLTD\(団体長期障害所得補償保険\)](#)」をお申込みの場合のみ」ご確認ください。
被保険者(補償の対象となる方)の健康状態が「健康状態の告知」欄に正しく表示されていますか?

◆3 次のいずれかに該当する場合にはお手続きが必要ですのでご確認ください。

- ・ この保険制度に新規加入される場合
- ・ 既にご加入の内容を変更してご継続される場合(被保険者の変更、補償内容の変更、職業・職務・職種級別の変更 など)
- ・ ご継続されない場合

● 加入内容の確認

1. 加入内容のご確認をしてください。

(21ページに続きます)

V 加入内容の確認

加入内容

※の項目は、ご契約に際して当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ください。

保険期間 令和3年10月1日午後4時から令和4年10月1日午後4時まで

交通災害保険 <団総(MS&AD型)>

この商品は「自動継続」となっています。補償内容を変更したい場合は、現在の変更手続きを完了後、「手続きする商品を選択」の画面で商品を選択し、変更手続きを行ってください。

保険期間 令和4年10月1日午後4時から令和5年10月1日午後4時まで

交通災害保険 <団総(MS&AD型)>

被保険者1の加入内容	
被保険者氏名	テスト ナナ
団体との関係	(役員・従業員本人(関連会社従業員を含む))
生年月日	平成3年3月3日生
年齢	満1才 ・年齢は保険始期日時点の満年齢となっているかご確認ください。
タイプ	S (野村福祉共済会専用プラン)
※ 他の保険契約等に関する告知	
保険料(一時払)	総保険料 700円
	野村福祉共済会補助 700円
	個人負担 0円

他の保険契約等に関する告知

合計保険料(一時払)	総保険料 700円
	野村福祉共済会補助 700円
	個人負担 0円
合計保険料(月払)	620円

上記内容でよろしければ、「ご加入内容確認事項について確認しました」のチェックボックスにチェックを入れ、[上記内容で確定ボタンをクリックしてください。修正がある場合入力内容の修正ボタンをクリックし、修正を行ってください。]

ご加入内容確認事項について確認しました

印刷する

戻る 上記内容で確定

● 加入内容の確認

2. 修正がある場合は、【入力内容の修正】をクリックし、修正を行ってください。
3. 加入内容に誤りがなければ、[ご加入内容確認事項について確認しました]にチェックを入れ、【上記内容で確定】をクリックしてください。

【ご注意】

- 【上記内容で確定】をクリックせずに右上の【終了する】または **x** ボタンで終了した場合は、ここまでに入力した内容は反映されず、前年の加入内容のままになります。(前年加入の場合は『自動継続』、前年未加入の場合は加入なしとなります。)
- 【上記内容で確定】をクリックした後でも、募集締切日までは、変更が可能です。

VI お手続き完了

団体保険制度(損害保険)のご案内

1 ご加入にあたって → 2 補償内容の入力 → 3 重要事項のご説明 → 4 加入内容の確認/完了

加入内容の確認 → お手続き完了

お手続き完了

お手続きが完了しました。ありがとうございます。

募集期間中は何回でも加入内容を変更できます。
他の商品の加入手続きを行う場合は画面右下の【商品選択】ボタンからお戻ください。

お手続きを終了する場合は、画面右上の【終了する】ボタンからウィンドウを閉じてください。
他のお手続き(他の明細のお手続きを含む)をご確認を行う場合は、【トップページ】ボタンから戻り、【加入内容照会および申込手続き】を選択してください。

未加入の商品への加入もご検討ください。

↓未加入の商品

ご加入済みの商品

商品(保険の種類)	前年度加入状況	当年度手続状況	保険料		商品の加入内容
			総保険料	700円	
交通災害保険 <団総(MS&AD型)> 一時払	加入	前年同条件(確認済)	野村福祉共済会補助	700円	<input type="checkbox"/> 加入内容照会
			個人負担	0円	
			総保険料	700円	
医療セット <団総(MS&AD型)> 月払	未加入	加入(手続き済)		620円	<input type="checkbox"/> 加入内容照会

合計保険料(一時払)	総保険料	700円
	野村福祉共済会補助	700円
	個人負担	0円
合計保険料(月払)		620円

商品選択へ

トップページへ

● お手続きが完了しました。

[終了する]ボタンより閉じてください。

※加入内容についての手続き状況が表示されます。

● 未加入の商品へのご加入もご検討ください。

● 他の商品の加入手続きを行う場合は、画面右下【商品選択】をクリックし《商品選択画面》に戻り、ご加入ください。

● 引き続き、他のお手続き・ご確認を行う場合、画面右下【トップページへ】をクリックし《トップ画面》に戻り、【加入内容照会および申込手続き】をクリックし、ご対応ください。

おわりに

- ▶ この度は、新団体保険制度へお手続きいただきありがとうございました。お手続き完了後、登録したメールアドレスにお手続き完了メールが送信されます。メールが届かない等ございましたら、下記取扱代理店までご連絡をお願い致します。

《取扱代理店》

野村不動産ソリューションズ株式会社

保険事業部

TEL : 03-6866-2800

メールアドレス : hoken01@nomura-re.co.jp

- ▶ 団体保険制度【損害保険】についての詳細は野村不動産ソリューションズのホームページにパンフレットを掲載しておりますのでそちらをご覧ください。

**手続完了後でも、募集締切日までは、再度加入内容の変更が可能です。
締切日までは、何度やり直しても構いません。ご自身に最適な保険設計とするため、
この『WEB募集サイト』を積極的にご活用ください。**
