

ユニヴァ共済協同組合 御中

私は、ユニヴァ共済協同組合のパンフレット、および「重要事項説明書」の内容(保障額・共済掛け金など)が私のニーズに合致していることを確認し、被共済者と共に理解・承知し、「個人情報保護の取り扱いについて」に同意の上、以下の通り共済契約を申し込みます。
また、本書面に記入した情報は、貴組合が行う事業継続の実態調査のために使用されることに同意します。

申込日	年	月	日	<input type="checkbox"/> 新規申込の方	<input type="checkbox"/> 追加申込の方
-----	---	---	---	---------------------------------	---------------------------------

■ 個人事業主として、組合員になる方【契約者】 ※ 初回のみ「出資金」として500円必要になります。

フリガナ				印
契約者名	法人で加入する方は、法人名ならびに代表者名を記入してください。			
フリガナ				
住所	〒 ー ー ー ー ー			
	■ 携帯電話： ー ー ー ー ー		■ 電話： ー ー ー ー ー	

共済に加入する方の情報は、右の被共済者名簿に記入してください。

■ スタートセットを購入した方は、必ず同意のチェックをお願いします。

申込日より3か月以内に開業届控えのコピーを提出することに同意いたします。

■ 掛け金のお支払い方法を選択してください。

クレジットカード払い 口座振替払い

■ 掛け金のお支払い方法としてクレジットカード払いを選択された方は記入してください。

カード会社	<input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MASTER <input type="checkbox"/> JCB <input type="checkbox"/> AMEX	カード名義人 (ローマ字で記入)			
カード番号	ー ー ー ー ー ー ー ー	有効期限	月 / 20	年	

掛け金のお支払い方法として口座振替払いを選択された方は別紙、口座振替依頼書に必要事項を記入してください。

■ 告知書

以下の質問は共済契約にあたり重要な事項であるため、ありのままを正確にお答えいただき、いずれにも該当しない場合は、被共済者の告知同意欄(チェックボックス)にチェックをしてください。上記右側の告知同意欄にチェックがない場合は「いずれかに該当する」と回答したものと判断のうえ、共済契約の引き受けをお断りさせていただきます。もし故意または重大な過失によって事実でないことを告げたとき、契約は将来に向かって解除され、共済金をお支払いできない場合があります。なお、ユニヴァ共済協同組合は、再共済契約の締結や再共済金の請求のため、再共済の取引先に対して本契約に関する個人情報を提供することがあります。あらかじめご了承ください。

【現在の健康状態】

■ 次の①・②のいずれか一つでも該当しますか？

- ① 現在、入院中である。
- ② 現在、入院または手術の予定がある。(医師にすすめられている、相談している場合も含む) ※ペースメーカー等の植え込みをしている方は「該当」となります。
- ※「入院」には検査入院を含みます。 ※「手術」にはレーザー治療を含みます。
- 現在、肝硬変、悪性新生物、脳血管疾患(脳出血・脳血栓・くも膜下出血等)、並びに心臓疾患(狭心症・心筋梗塞等)、膠原病(関節リウマチ等)、変形性膝関節症と医師から診断または疑いがあると指摘されていますか？
- ※現在、診断結果待ちまたは検査結果待ちの場合を含みます。

【過去の健康状態】

- 最近6か月以内に、病気やけがで入院または手術をしたことがありますか？
- ※「入院」には検査入院を含みます。 ※「手術」にはレーザー治療を含みます。
- 過去2年以内に、入院または手術をし、その入院または手術と同じ病気やけがで、最近6か月以内に医師による診察・検査・治療・薬の処方を受けたことがありますか？
- ※「手術」にはレーザー治療を含みます。 ※「経過観察」のため通院している場合を含みます。
- ※「薬の処方」には、点眼薬の処方を含みます。
- 過去5年以内に肝硬変、悪性新生物、脳血管疾患(脳出血・脳血栓・くも膜下出血等)、並びに心臓疾患(狭心症・心筋梗塞等)、膠原病(関節リウマチ等)、変形性膝関節症で、入院または手術をしたことがありますか？

【介護・認知症関連】

- 告知日現在、次のいずれかの行為の際に、他人の介助(自分で補助器具を使用している場合も含む)が必要ですか？
- a: 歩行 b: 食事 c: 入浴 d: 衣類の着脱 e: 公共交通機関を利用時の外出
- f: 店での買い物
- 公的介護保険制度における要支援・要介護認定を受けていますか？または身体障害者福祉法に定める身体障害者手帳を交付されていますか？
- 今までに認知症(軽度認知障害を含む)と医師に診断または疑いがあると指摘されたことがありますか？
- ※現在、診断結果待ちまたは検査結果待ちの場合を含みます。
- ※認知症薬を処方されている場合を含みます。

【ユニヴァ共済被共済者名簿】

- ・ 事実ではないことを記入されたときは、契約は解除され共済金をお支払いできない場合があります。
- ・ 会員番号欄は、個人事業主として組合員になる方(契約者)の番号を記入してください。
- ・ 加入する方の続柄によっては、加入する方の免許証などの確認書類の提出をお願いする場合があります。

※下3桁が未記入の場合は「001」で登録いたします。
※ユニメイトの方は、「m」で始まる7桁の番号のみを記入してください。

■ 共済に加入する方		契約者の会員番号		-	
被共済者	加入する方の氏名	生年月日	加入コース		
	フリガナ	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 西暦	<input type="checkbox"/> 介護・認知症共済		
		年	告知同意欄 <input type="checkbox"/> 私は、告知書を確認し、 いずれにも該当しないことに 同意いたします。		
	続柄	月 日 (満 才)			
	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 子供 <input type="checkbox"/> その他()	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		

■ 共済に加入する方		契約者の会員番号		-	
被共済者	加入する方の氏名	生年月日	加入コース		
	フリガナ	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 西暦	<input type="checkbox"/> 介護・認知症共済		
		年	告知同意欄 <input type="checkbox"/> 私は、告知書を確認し、 いずれにも該当しないことに 同意いたします。		
	続柄	月 日 (満 才)			
	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 子供 <input type="checkbox"/> その他()	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		

■ 共済に加入する方		契約者の会員番号		-	
被共済者	加入する方の氏名	生年月日	加入コース		
	フリガナ	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 西暦	<input type="checkbox"/> 介護・認知症共済		
		年	告知同意欄 <input type="checkbox"/> 私は、告知書を確認し、 いずれにも該当しないことに 同意いたします。		
	続柄	月 日 (満 才)			
	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 子供 <input type="checkbox"/> その他()	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		