時代が求めた
ガン保険
GuardX
終身ガン治療保険
(支払限度の型:5回型)

C面 告知書・契約申込書つづき

●同封の「ご記入ガイド」および裏のD面の留意事項をご参照のうえ、もれなくご記入ください。

⚠ 告知にあたり必ずお読みください。

●「告知書」による告知は、公平な生命保険のご契約をお引き受けするかどうかを決める重要な事項ですので、必ず被保険者ご本人がありのままを正確にもれなくご記入ください。
●告知内容が事実と違う場合、契約が解除されたり、保険金や給付金の支払いを受けられないことがあります。
●当社の生命保険募集人に口頭でお話しされただけでは、告知していただいたことにはなりません。
●現在入院中の方はお引き受けできません。その他、告知内容などによっては、お引き受けできない場合もございます。

告知書

52−00000−00NT3−60C−JN1E12−001B1CX−1−7001414553

8 告知書記入日(告知日)　　年　月　日

9 被保険者について

申込先:メットライフアリコ生命保険株式会社
この書面に私が記入した事項は十分かつ真実の告知に相違なく、「ご契約に際しての重要事項(注意喚起情報)」についても確認し同意しました。

氏名(自署)　ご署名(被保険者)

被保険者ご本人の勤務先・職業についてご記入ください。
([注]主婦・年金生活者・学生に該当する方でも勤労により所得を得ている場合は、勤務先・職業についてのご記入が必要です。)

(主婦)(学生)(年金生活者)	勤務先名※具体的な会社名をご記入ください。	業種	職務の具体的内容 ※年金/資産生活者の場合、その種類・内容

▼被保険者ご本人について、必ずすべての質問にお答えください。
●各項目中の質問について、1つでも該当する場合は「はい」に、すべてに該当しない場合は「いいえ」に「○印」をご記入ください。
●1つの項目で複数の事柄が該当する場合は、該当するすべての事柄について、詳細記入欄にご記入ください。

10

ア	現在および今までにガン(悪性新生物および上皮内新生物)にかかったことがありますか。 ※白血病その他の血液のしゅようは悪性新生物に含まれます。	(いいえ)	はい
イ	過去2年以内に、別表①に該当する内容で、医師の診察・検査・治療・投薬を受けたことがありますか。検査の結果、異常(要経過観察・要再検査・要精密検査・要治療を含みます)がない場合は除きます。	(いいえ)	はい

別表① 慢性肝炎　肝硬変　B型・C型肝炎ウイルスキャリア　アルコール性肝炎　クローン病　肺線維症　間質性肺炎　石綿肺　在宅酸素治療　透析治療

ア項・イ項が『はい』に該当する場合は、お引き受けできません。

ウ	過去2年以内に、別表②に該当する内容またはその疑いで、医師の診察・検査・治療・投薬を受けたことがありますか。	(いいえ)	(はい)
エ	過去2年以内に、健康診断・ガン検診・人間ドックを受けたことがありますか。 ※健康診断とは、健康維持および疾病の早期発見のための診察・検査をいいます。	(受けていない)	(受けた)
オ	エ項で「受けた」とお答えの場合にご記入ください。 別表②に該当する内容で、異常(要経過観察・要再検査・要精密検査・要治療を含みます)を指摘されたことがありますか。	(いいえ)	(はい)

別表②		
	しゅよう・しこり等	しゅよう　ガン(悪性新生物および上皮内新生物)　ポリープ　腫瘤　胸のしこり　子宮頸部異形成
	その他の疾患	びらん　不正出血　下血　肺気腫　慢性気管支炎　気管支拡張症　慢性腎不全　慢性腎炎　NASH(非アルコール性脂肪肝炎)　慢性すい炎　かいよう性大腸炎
	検査の異常等	超音波・レントゲン・CT・MRI・PET・マンモグラフィー検査　組織・細胞・ウイルス検査　胃腸の検査　肝機能検査　腫瘍(しゅよう)マーカー　貧血(鉄欠乏性貧血を除く)　尿潜血　便潜血