



オリックス生命保険株式会社 御中

裏面の**誓約・同意事項を必ずご確認ください。** **申込書は全事項を契約者ご本人がご記入ください。**

1 意向把握書 ※お申込みにあたってお客さまのご意向(ニーズ)を確認いたします。

	万一の場合の死亡保障	病気やケガに備える保障 (医療保障)	がん備える保障	貯蓄 (老後生活資金・教育資金の準備等)
当初のご意向(資料のご請求時など)	—	—	◎	—
最終的なご意向(お申込み時)	—	—	◎	—

2 意向確認書 ※お申込みいただく保険商品がお客さまのご意向(ニーズ)に合致しているかどうかを確認いたします。

次の「保障内容」とお申込みいただく保険商品(主契約・特約)の内容をパンフレット、申込書等でご確認のうえ、「意向に沿っている」「意向に沿っていない」のいずれかに○をしてください。

【保障内容】 がん備えるための保障を確保することができます。

①下記の内容は、最終的なご意向に沿っていますか。
 ●保障内容(給付金等の支払事由など) ●給付金等の金額・保険期間
 ●保険料の金額・払込期間・払込方法 ●解約払戻金・配当金の有無

②お申込みいただく保険商品は、総合的に判断して最終的なご意向に沿った内容になっていますか。

取扱者

ご確認欄
はい

3 保険契約者兼被保険者

フリガナ 氏名(自署) 性別(男/女) 年齢 歳 生年月日 昭和/平成 年 月 日

住所 〒 市区町村 番 号 丁目 番 号 日中の連絡先 () ()

この保険契約(特約を含む)は、裏面*①に記載のとおり解約払戻金がない、または抑制されていることを承知しました。
 *特に重要な事項のお知らせ/商品概要のご説明/ご契約のしおり抜粋を受領し、内容を理解しました。
 ●裏面に記載された事項について誓約・同意します。

4 親権者・後見人 ※契約者・被保険者が未成年の場合のみ、ご記入ください。(成年後見制度を利用されている方は通信販売でのお申込みはできません。)

親権者または後見人の全員の合意のうえ、その代表としてこの保険契約の申込みに同意します。また告知書・意向把握書・意向確認書に記載した事項は、事実と相違ありません。

親権者または後見人 契約者・被保険者から見た続柄 (父/母/後見人)

申込書受付日 平成 年 月 日 Type

5 ご希望のコース1つに○をしてください。

	10,000円コース	5,000円コース (50歳～75歳限定)
新がん保険(2010) 〈基本給付金額〉	10,000円	5,000円
がん先進医療特約*	付加	付加
がん通院特約	10,000円	5,000円

*責任開始に関する特約を付加します。 *指定代理請求特約を付加します。
 *同一の被保険者において、先進医療給付のある当該特約の重複加入はできません。

保険期間 終身 保険料払込期間 終身 払込回数 月払

6 保険料 千 円
1回あたりに払込みいただく保険料は、1,500円以上とさせていただきます(クレジットカード払を除く)。

切り取らずに折りたたんでご返送ください

告知書 ID: 30VC12 申込番号

オリックス生命保険株式会社 御中

- 告知書に事実を記入しなかった場合や、記入した内容が事実と異なる場合は、給付金等をお支払いできないことがあります。
- 告知書は、被保険者ご本人が「ありのまま」「正確にもれなく」ご記入ください。
- 同封の「告知書記入に際しての留意点」「告知書記入例」を確認のうえ、告知書をご記入ください。

9 記入日 (申込日・告知日) 平成 年 月 日

10 被保険者氏名 署名

各項目中の質問につき、1つ以上該当する場合は「はい」「指摘あり」に○をしてください。該当しない場合は「いいえ」「指摘なし」に○をしてください。

11

1 今までに、がんまたは上皮内新生物にかかったことがありますか。
 がんとは、癌・白血病・肉腫・骨髄腫・悪性リンパ腫等の悪性新生物をいいます。上皮内新生物には、高度異形成・上皮内がんを含みます。

2 最近3か月以内に、別表1の病気または病状で、医師の診察・検査・治療・投薬のいずれかをうけたことがありますか。
 投薬には、病院や診療所で薬の処方のみをうけた場合を含みます。

3 過去2年以内に、健康診断・人間ドックをうけて、別表2の検査結果の異常(要再検査・要精密検査・要治療)を指摘されたことがありますか。
 ※再検査・精密検査の結果、異常がなく、診療完了となった場合は「指摘なし」に○をしてください。
 健康診断とは、健康維持および病気の早期発見のための診察・検査をいいます(乳幼児健診や、自主的にうけた脳ドック・がん検診を含みます)。

いいえ はい
 いいえ はい
 健康診断・人間ドックをうけていない 指摘なし 指摘あり

切り取らずに折りたたんでご返送ください

7 指定代理請求人 ※契約者ご記入ください。

フリガナ 氏名 契約者以外の方を1名のみご指定ください。

被保険者から見た続柄 (配偶者/父/母/子/祖父母/孫/兄弟姉妹)

8 保険料のお支払い

A クレジットカードでお支払い(クレジットカード払特約)
 B 指定の口座から振替(口座振替特約)

ご契約者氏名(自署) フリガナ 氏名

クレジットカード番号(左詰めでご記入ください) カード有効期限 月 20 年

9 預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書(収加)

下記指定金融機関 御中 私は、右記収納企業から請求されたオリックス生命保険(株)に支払うべき金額を私名義の下記指定口座から、口座振替によって支払うこととしたいので、裏面記載事項を確約のうえ依頼します。

収納企業名 三菱UFJファクター株式会社

提出日(記入日) 平成 年 月 日

10 口座届出印を押しください

お届印 捺印

口座名義人 契約者から見た口座名義人の続柄 (本人/配偶者/親/子/その他)

11 日常的にご利用の個人名義の口座をご指定ください。

ゆうちょ銀行以外 金融機関コード 支店コード

種目コード 1 6 6 3 0 1 記号(5桁目があがる場合は0) 番号(右詰めでご記入ください)

振替日(払込日) 27日 (金融機関休業日の場合は翌営業日)

切り取らずに折りたたんでご返送ください

別表1 病気 病状

ポリープ・しゅよう等 消化器の病気 腎臓の病気 呼吸器の病気 その他	●ポリープ ●しゅよう(腫瘍) ●結節 ●しゅりゅう(腫瘤) ●かいよう性大腸炎 ●クローン病 ●肝硬変 ●慢性肝炎 ●慢性腎炎 ●慢性腎不全 ●慢性閉塞性肺疾患(COPD) ●間質性肺炎 ●肺気腫 ●糖尿病(インスリン治療中・合併症*を伴っている場合) *合併症とは、糖尿病性網膜症・糖尿病性腎症・糖尿病性神経障害をいいます。 ●白板症	●異形成 ●多発性ポリープ(ポリポース) ●肝機能障害(入院や内服治療を伴うもの) ●慢性すい炎 ●食道静脈瘤 ●出血(便潜血・不正出血・喀血・吐血・下血・血尿) ●貧血(鉄欠乏性貧血を除く) ●黄疸 ●びらん ●しこり ●消化管のかいようや狭窄(良性か悪性か不明の場合) ●B型肝炎ウイルスキャリア ●C型肝炎ウイルスキャリア
--	--	--

別表2 検査

- 胸部レントゲン検査
- 上部消化管レントゲン検査(または内視鏡検査)
- 腹部超音波検査
- 便潜血検査
- マンモグラフィ検査
- 乳房超音波検査
- 肝炎ウイルス検査(HBs抗原・HCV抗体)
- C T 検査
- M R I 検査
- P E T 検査
- 子宮がん検診
- 乳がん検診
- しゅようマーカー(CEA・AFP・CA19-9・PSA等)