

掲載の書類は、死亡保険金をお支払いする口座と支払明細書の
送付先住所をご連絡いただくためのものです。

受取人がご記入ください。

- ご記入にあたっては、必ず黒のペンまたは黒のボールペンを使用ください。
- 記入内容を訂正される場合は、訂正線（二重線）を引き、訂正印を押してください。

A₂ 保険金等請求書

オリックス生命保険株式会社 御中
以下の項目に同意のうえ、保険金を請求いたします。
a. 貴社のウェブサイトまたはご請求の手引き(冊子)等に記載の「個人情報のお取り扱いについて」を確認し、その内容に同意します。
b. 医師および医療機関等が貴社または本書持参の者に被保険者の傷病内容(病名・症状・治療内容・既往症病歴等)を説明すること、また、その証明書を提出することに同意します。(本書の複写も本書と同じ効力があることを了承します。)
c. 本請求について、手続完了後のお知らせの交付をもって、約款に規定している変更内容の保険証券への裏書に代えることに同意します。

1	証券番号	0123456789	
ご記入・押印ください			
2	記入日	20xx 年 xx 月 xx 日	
3	フリガナ 被保険者	オリックス ハナコ 織桶 花子	
4	フリガナ 受取人	オリックス タロウ 織桶 太郎	フリガナ 親権者 代筆者 自署
	生年月日	xxxx 年 xx 月 xx 日	受取人との続柄

振込先をご記入ください

5	受取人ご本人 名義の口座に 限ります。	フリガナ 口座名義人	オリックス タロウ 織桶 太郎				
	どちらかひとつを ご指定ください	金融機関 (ゆうちょ 銀行以外)	オリオリ	銀行	信託	信用	農協
		ゆうちょ 銀行	立川	本店	支店	口座番号 (右記記入)	1 2 3 4 5 6 7
		記号	1 0	番号 (右記記入)			

支払明細書の送付先をご記入ください

6	送付先 住所	〒123-4567 東京都立川市×町×-×-×				
	電話番号	012 - 3456 - 7890				

受取方法をご確認ください。一括受取以外を希望される場合は、ご記入ください

7	受取方法 変更欄	ご契約内容によっては、ご選択いただけない場合があります。				
	a 年金受取	別途、第1回年金請求書をお送りします。				
	b 据置受取	別途、据置支払申込書をお送りします。				

証券番号 必須

お手持ちの保険証券をご確認のうえ、証券番号をご記入ください。

記入日 必須

記入日をご記入ください。

被保険者 必須

被保険者名をご記入ください。

受取人同意欄 必須

請求書上部の同意事項を確認のうえ、受取人名、生年月日をご記入、押印*ください。

*印鑑証明書を提出する場合は、実印を押してください。

支払口座 必須

受取人名義の口座をご指定ください。
口座番号とあわせて金融機関名、種目名、支店名を、ゆうちょ銀行の場合は記号と番号をご記入ください。

送付先住所 必須

支払明細書の送付先および電話番号をご記入ください。

受取方法 任意

年金受取または据置受取をご希望の場合のみ、受取方法をご選択ください。

オリックス生命保険株式会社 カスタマーサービスセンター

0120-506-053 受付時間 月曜～土曜 9:00～18:00 (日曜・祝日・年末年始休み)

<http://www.orixlife.co.jp/>

掲載の書類は、不慮の事故が発生したときの状況をご報告いただくためのものです。
 ※「不慮の事故」とは、交通事故だけでなく、転倒はスポーツ中のケガを含みます。

- ご記入にあたっては、必ず黒のペンまたは黒のボールペンを使用ください。
- 記入内容を訂正される場合は、訂正線（二重線）を引き、訂正印を押してください。

D 事故発生状況報告書

オリックス生命保険株式会社 御中
以下のとおり報告します。

フリガナ オリックス タロウ

① 被保険者 織楠 太郎

② 証明者 織楠 太郎

被保険者との関係

本人 配偶者 親 子

その他()

ご印鑑

織楠

③ 発生日時 午前 20XX年 XX月 XX日 8時 30分頃

発生場所 東京都〇〇区△△△2丁目△△△橋交差点
※住所・施設名称・交差点名称など、わかる範囲でご記入ください。

ケガの原因を下記から選択し、チェックをお願いいたします

④ 3 交通事故(運転中・同乗中) 4 交通事故(歩行中) 7 転倒・転落

9 機械による事故 12 運動中 99 その他

ケガをされた状況を詳しくご記入ください

信号のある交差点で、赤信号で止まった所を
後続車に追突された。

⑤ 警察への届出

→ 有 無

<運転中の場合>

●免許証(事故時点で有効なもの)

→ 有 無

《交通事故現場見取り図》

被保険者 必須

被保険者名をご記入ください。

証明者 必須

被保険者ご本人さま、または事故の発生状況についてわかる方が署名・捺印ください。

ご質問について 必須

被保険者ご本人さま、または事故の発生状況についてわかる方がご記入ください。

オリックス生命保険株式会社 カスタマーサービスセンター

0120-506-053 受付時間 月曜～土曜 9:00～18:00(日曜・祝日・年末年始休み)

<http://www.orixlife.co.jp/>