2017年4月作成

医療保険 新キュア・サポート 生命保険契約申込書

［無配当 引受基準緩和型医療保険(2015)・引受基準緩和型先進医療特約］

ID 30EC12

申込番号

ORIX オリックス生命

30EC12

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。

切り取らずに折りたたんでご返送ください

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)	がんに備える保障	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)	―	◎	―	―

お申込みいただくにあたって、当初のご意向と最終的なご意向に変わりはありませんか？
ご確認のうえ、○をしてください。
※ご意向が異なる場合や、その他のご意向がある場合は、あらためてご意向を伺います。
オリックス生命または募集代理店までご連絡ください。

ご確認欄：はい

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。

●医療保険 新キュア・サポートは、持病がある方、入院経験がある方がご加入しやすいよう告知いただく項目を限定し、引受基準を緩和した商品です。そのため、当社の他の商品に比べて保険料が割増しされています。
●健康状態によっては、保険料が割増しされていない当社の他の商品にご加入いただける場合があります。
●契約日からその日を含めて１年以内(支払削減期間)に支払事由に該当した場合には、給付金のお支払額は50％に削減されます。

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】 病気やケガによる入院や手術を保障する「医療保障」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(給付金の支払事由など) ●給付金の金額・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

意向に沿っている / 意向に沿っていない

②医療保険 新キュア・サポートが当社の他の医療保険に比べて保険料が割増しされていること、また健康状態によっては保険料が割増しされていない当社の他の医療保険にご加入いただける場合があることを、十分に理解したうえで、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。

※ご契約をお引受けできません。

取扱者

3 保険契約者 兼 被保険者 ※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。

フリガナ		性別	男 女
氏名(自署)	署名	年齢	歳
生年月日	昭和 平成 □□年□□月□□日		
住所	〒 ― 都道府県		
自宅 ☎	( )	日中の連絡先	( )

●裏面記載の解約払戻金に関する説明について了承しました。
●「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

ご希望のコース1つに○をしてください。	充実プラン 七大生活習慣病入院給付特則(三大疾病無制限型) 適用あり		基本プラン 七大生活習慣病入院給付特則 適用なし	
	日額5,000円コース	日額3,000円コース(60歳～85歳限定)	日額5,000円コース	日額3,000円コース(60歳～85歳限定)
引受基準緩和型医療保険(2015)*	5,000円	3,000円	5,000円	3,000円
引受基準緩和型先進医療特約*	付加 同一の被保険者において、先進医療給付のある当社特約の重複加入はできません。			

・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。
*契約日からその日を含めて1年以内に支払事由に該当した場合には、給付金の支払額は50%に削減されます。

保険期間	終身	保険料払込期間	終身	払込回数	月払

5 保険料 千 円

6 指定代理請求人 ※契約者がご記入ください。

フリガナ	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
氏名			

切り取らずにご返送ください

7 保険料のお支払い

AかBに○をしてください

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 ご指定の口座から振替(口座振替特約)

Ⓐ 保険料クレジットカード払申込書

▼ご利用になるクレジットカードはご契約者名義のものに限ります。

オリックス生命保険株式会社御中 契約者である私は裏面の各条項を承認のうえ、生命保険料を私名義のクレジットカードで、オリックス生命保険株式会社へ支払います。

ご契約者氏名(自署)		クレジットカード番号(左詰めでご記入ください。)				
フリガナ						
氏名		カード有効期限	□□月 20□□年	2018年6月の場合06月2018年とご記入ください。		

切り取らずにご返送ください

Ⓑ 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

口座名義人 フリガナ / 名前

口座名義人は原則保険契約者と同一、もしくは配偶者または2親等以内の血族をご指定ください。

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(具体的に)

口座届出印を押印ください

お届印 捨印 ゆうちょ銀行は除く

申込番号

▼日常的にご利用の個人名義の口座をご指定ください。

いずれか一方にご記入ください

ゆうちょ銀行以外の金融機関：銀行 信金 信組 労金 農協 / 支店 本店 出張所
預金種目 1.普通預金 口座番号
金融機関コード 支店コード

ゆうちょ銀行：種目コード 1663 / 契約種別コード 01 / 記号(6桁目がある場合は※欄にご記入ください) 0※ / 番号(右詰めでご記入ください。)
払込先口座番号 00140-9-654553 / 払込先加入者名 三菱ＵＦＪファクター株式会社

この預金口座振替依頼書・申込書に不備がありましたら下記該当事項に○印をつけて至急三菱UFJファクター(株)にご返送ください。
(不備返却事由)
1.預金取引なし
2.記載事項等相違(店名、預金種目、口座番号、口座名義)
3.印鑑相違
4.その他( )

〒101-8637
東京都千代田区神田淡路町2丁目101番地
ワテラスタワー
三菱UFJファクター株式会社(ワイドネット)
TEL 03-3251-8091

金融機関使用欄		
検印	印鑑照合	受付印

収納企業使用欄		
委託者番号	00999	
委託者名	オリックス生命保険株式会社	
料金等の種類	生命保険料	
振替日(払込日)	27日	(金融機関休業日の場合は翌営業日)

会社使用欄					
〈代理店記入欄〉				inq no.	key line
申込書受領日	平成 年 月 日		Type		

切り取らずに折りたたんでご返送ください

切り取らずに折りたたんでご返送ください

告知書

■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、保険金・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。

ID

申込番号

オリックス生命保険株式会社 御中 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。

ご記入前に必ずお読みください

●用語解説

入院・手術とは

入院：治療のための入院(教育入院を含む)、検査入院のいずれの場合も告知の対象となります(正常分娩のための入院は告知の対象から除きます)。また、「日帰り」の入院も該当します。

手術：切開術・帝王切開・内視鏡・レーザー・体外衝撃波療法(ESWL)・カテーテル・放射線等を含みます。また、「日帰り」の手術も該当します。

投薬とは

病院や診療所で薬の処方のみをうけた場合を含みます。

がんまたは上皮内新生物とは

がん：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：高度異形成・上皮内がんを含みます。

質問項目1

●**「検査をすすめられたこと」**とは、健康診断・人間ドックまたは医療機関を受診した結果、診断確定のための再検査・精密検査をすすめられたことをいいます。
ただし、再検査・精密検査の結果、異常がなく診療完了した場合は除きます。

質問項目2

●**「慢性肝炎」**には、慢性B型ウイルス肝炎・慢性C型ウイルス肝炎を含みます。
※ウイルスキャリアは含みません。
●第2項の**「診察・検査」**には、がんまたは上皮内新生物の治療終了後の経過観察のための診察・検査を含みません。

8 記入日(申込日・告知日) 平成 年 月 日

9 年収 ご本人の年収または年金額をご記入ください。 約 万円

10 被保険者氏名 この書面に私(被保険者)が記入した事項は、事実に相違ありません。「特に重要な事項のお知らせ」の内容を理解しました。 署名

11 他社加入状況 他社で現在ご加入または申込中の保険契約がある場合は、以下にご記入ください。

他社入院給付金日額合計(がん保険を除く) 円 継続する / 継続しない

12 被保険者のご職業

勤務先名・屋号(学校名) 勤務先電話番号 ☎ ( )

以下の①～⑬から選択してください。勤めている主婦・主夫の方は勤務先名をご記入のうえ⑧を選択してください。

勤めている方 ⑦を選択の場合は［ ］内もご記入ください。				勤めていない方	
1	会社経営(会社役員)	5	建設業(高所作業なし)、自衛官・海上保安官(内勤除く)、トラック・バイクの運転手	8	主婦・主夫
2	事務、営業、企画、販売、システム、医療・福祉業従事、公務員	6	フリーター ※フリーターの方も、勤務先名をご記入ください。	9	学生
3	地下作業者、海中作業者、採石・岩石・砂利運搬作業者、爆破作業者	7	その他 具体的な職務内容	10	年金生活者・不動産収入生活者
4	高所作業者(建設、ビルの窓拭き等)、高圧電気(200V超)取扱作業者、林業従事者、漁船乗組員(500トン未満の船舶)			11	金融資産生活者
				12	家事手伝い
				13	無職者

13 ご記入前に左面を必ずお読みください。各質問中の下線のことばの説明は、左面の●用語解説をご確認ください。

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

いずれか1つでも「はい」に該当する場合、ご契約をお引受けできません。

1	**最近3か月以内**に、医師から入院・手術・検査のいずれかをすすめられたことがありますか。または、現在入院中ですか。	いいえ	はい
2	**最近3か月以内**に、がんまたは上皮内新生物・慢性肝炎・肝硬変で、**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。	いいえ	はい
3	**過去2年以内**に、病気やケガで入院をしたこと、または手術をうけたことがありますか。	いいえ	はい
4	**過去5年以内**に、がんまたは上皮内新生物で入院をしたこと、または手術をうけたことがありますか。	いいえ	はい

SAMPLE