

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・告知書は、すべて契約者(被保険者)ご本人がご記入ください。なお、代筆された場合はご契約をお引受けできません。

30VC18 ID 申込番号

1 意向把握書 この保険商品は資料請求時のご意向に基づいてご案内しております。お申込みにあたり、改めてお客さまのご意向をご確認ください。>

商品名	万が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)
がん保険ビリーブ	-	-	◎	-

この保険商品の保障内容は、お客さまのご意向に沿っていますか。
 ご確認のうえ、右の「はい」に をしてください。

必須 はい

※ご意向が異なる場合や、その他のご意向がある場合は、改めてご意向を伺います。オリックス生命までご連絡ください。

2 意向確認書 お申込みいただく保険商品の保障内容がお客さまのご意向に沿っているかご確認ください。>

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および本紙 6「ご希望のコース」の選択内容でご確認のうえ、「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】がんに備えるための保障を確保することができます。

①保障内容(給付金等の支払事由など)はご意向に沿っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②給付金等の金額・保険期間はご意向に沿っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③保険料の金額・払込期間・払込方法はご意向に沿っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④解約払戻金・配当金の有無はご意向に沿っていますか。(商品概要のご説明をご参照ください。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤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ていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

取保者 意向に沿っている 意向に沿っていない
 ※ご契約をお引受けできません。

3 保険契約者 兼 被保険者 契約者をご記入ください。代筆された場合はご契約をお引受けできません。※自署の訂正はできません。

フリガナ 氏名(自署)

性別 男 女 年齢 歳

生年月日 年 月 日

住所 〒

電話番号 可能な限り携帯電話番号をご記入ください。 携帯電話 () 自宅

必須

4 親権者・後見人 契約者(被保険者)が18歳未満の場合に、親権者・後見人をご記入ください。※自署の訂正はできません。(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 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を同意します。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。

自署 父 母 後見人

5 指定代理請求人 契約者をご記入ください。

フリガナ 氏名

被保険者から見た続柄 配偶者 父 母 子 祖父母 孫 兄弟姉妹 甥・姪

指定代理請求特約を付加します。

会社印欄 申込書受領日 令和 年 月 日 Type

inq no. key line

告知書

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。

■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。

■代筆された場合はご契約をお引受けできません。

8 必須 申込日・告知日(記入日) 令和 年 月 日

9 必須 被保険者氏名

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

10 必須 被保険者のご職業

勤務先名・屋号

勤務先電話番号

以下の①～⑭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⑮を選択してください。

<input type="checkbox"/> ①会社経営(会社役員)	<input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> ⑪主婦・主夫
<input type="checkbox"/> ②事務・営業・企画・販売・システム・医療・福祉従事者、医師・弁護士・教職員・保育士・研究職・技術職	<input type="checkbox"/> ⑦年金生活者	<input type="checkbox"/> ⑫乳幼児・児童・生徒・学生
<input type="checkbox"/> ③地下作業(建設、ビルの窓拭き等)、採石・岩石・砂利運搬作業、爆破作業	<input type="checkbox"/> ⑧不動産収入生活者	<input type="checkbox"/> ⑬家事手伝い
<input type="checkbox"/> ④高所作業(建設、ビルの窓拭き等)、高圧電気(200V超)取扱作業、林業従事者、漁船乗組員(500トン未満の船舶)	<input type="checkbox"/> ⑨金融資産生活者	<input type="checkbox"/> ⑭無職者
<input type="checkbox"/> ⑤トラック・バイクの運転手、接待飲食業(スナック等)、産業廃棄物処理	<input type="checkbox"/> ⑩その他 具体的な職務内容 <input type="text" value=""/>	

①～⑭を選択した方 ⑮～⑰を選択した方

11 必須 年収

ご本人の年収または年金額(※)をご記入ください。 ※1年間に受取る年金の合計額 約 万円

世帯の年収をご記入ください。 約 万円

12 必須 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。

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、上皮内新生物に含まれるもの例: 癌・白血病・肉腫・骨髄腫・リンパ腫・カルチノイド・GIST・真性赤血球増加症・骨髄異形成症候群(MDS)・本態性血小板血症・バジレット病・ポーエン病・上皮内がん・高度異形成 等。

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 健康診断・人間ドックをうけたことがある場合 指摘なし 指摘あり

「はい」「指摘あり」に がある場合、お申込みいただけません。

6 ご希望のコース

1つに をしてください。

	<input type="checkbox"/> 10,000円コース	<input checked="" type="checkbox"/> 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
がん通院特約	10,000円	5,000円
がん先進医療特約(2018)*		付加
保険期間・保険料払込期間		終身
保険料(払込回数:月払)	円	円

*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。

7 保険料のお支払い

必須 A 「クレジットカード払(クレジットカード払特約)」または B 「口座振替(口座振替特約)」のいずれか一方をご記入ください。

「クレジットカード払」または「口座振替」に記入いただいた払込方法を選択したものとみなします。両方に欄もなく記入があった場合は、「クレジットカード払」として設定いたします。

「クレジットカード払(クレジットカード払特約)」 クレジットカード支払申込書

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。

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 年 (例)2025年11月の場合 11月2025年とご記入ください。

「口座振替(口座振替特約)」 預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書(印) 申込番号

口座名義人は原則保険契約者と同ー、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。

下記指定金融機関 御中
 私は、下記収納企業から請求されたオリックス生命保険株式会社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。

提出日(記入日) 令和 年 月 日 収納企業名

口座名義人 氏名

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)

お届印

ゆうちょ銀行以外の金融機関

種目コード 種別コード 記号(6桁目がある場合は※欄にご記入ください) 番号(右詰めでご記入ください。)

ゆうちょ銀行 種目コード 種別コード 記号 番号

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

金融機関コード

支店コード

金融機関使用欄 検 印 印鑑照合 受付印

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各金融機関(三菱UFJファクター)へ送ってください。
 1. 振込取消し
 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
 ウェルシア 三菱UFJファクター株式会社(フドネット)
 TEL 03-3251-8091

受委託者番号 00999 振替日(払込日)

受託者名 オリックス生命保険株式会社 (金融機関振替日)
 料金の種類 生命保険料

別表1

病気	病状
ポリープ・しゅよう等 ●ポリープ ●しゅよう(腫瘍) ●結節 ●しゅりゅう(腫瘍)	●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 ●しごり ●消化管のかいようや狭窄(良性か悪性が不明の場合) ●B型肝炎ウイルスキャリア ●C型肝炎ウイルスキャリア
消化器の病気 ●かいよう性大腸炎 ●クローン病 ●肝硬変 ●慢性肝炎	●肝機能障害(入院や内服治療を伴うもの) ●慢性すい炎 ●食道静脈りゅう
腎臓の病気 ●慢性腎炎	●慢性腎不全
呼吸器の病気 ●慢性閉塞性肺疾患 ●間質性肺炎 ●肺炎腫	●肺線維症(COPD) ●じん肺 ●けい肺
その他 ●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。 ●血小板	

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
- MR 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)

切取らずに折りたたんでご返送ください

契約者さま、被保険者さまの誓約・同意事項

貴社の普通保険約款および特約（管轄裁判所条項を含みます）、「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／お客さまの個人情報の取扱いについて」の内容を了承し、以下の事項を誓約・同意のうえ、この保険契約を申込みます。

- この申込書および告知書に記入した事項は事実と相違ないこと。
- 貴社が本申込みにおいて取得した個人情報は、契約が締結に至らなかった場合や、解約・満期等により保険契約が消滅した後も、各種保険契約の引受けの判断、医療統計の作成、保険事業の適切な業務運営の確保を目的として保持し、取得した申込書類が返却されないこと。
- 申込内容等の確認訪問時に、契約者・被保険者の本人確認のために身分証明書等を提示すること。
- 本保険契約は、貴社が承諾の通知を発した時に成立すること。

- 申込書記載の年齢・性別・保険金額・保険料額に明らかな誤りがある場合や契約日の変更による修正の必要がある場合、貴社が当該事項を訂正することに同意します。
- 申込みから保障開始までは、貴社所定のスケジュールにて処理されることを承諾します。
- 口座振替の場合は、口座振替特約の約定に基づき、収納代行会社より請求された金額を、指定口座から口座振替によって支払いたく、下記条項を了承のうえ申込みます。
 - ①同一指定口座から貴社の2件以上の契約の保険料を振替える場合は、すべて合算して振替えてください。
 - ②振替日において指定口座の残高が支払うべき保険料（貴社の2件以上の契約の場合は合算された保険料）の金額に満たない場合、または取扱金融機関、指定口座などが不明等の事由で振替不能となった場合は、私に通知することなく保険料の払込みがなかったものとして取扱われても差し支えありません。
 - ③契約者と指定口座の名義人が別人であっても、保険契約上の責任は保険契約者である私が負います。
 - ④この条項に定められていない事項については、口座振替特約の規定が適用されることを了承します。

- がん保険ビリーブ(無配当 新がん保険(2010))について、下記事項を了承します。

① 解約払戻金について

がん保険ビリーブ		
主契約	終身払の場合	なし
	終身払以外の場合	保険料払込期間中:なし 保険料払込満了後:基本給付金額の10倍
がん先進医療特約(2018)		なし
がん通院特約		なし

- ② 特約の保険期間・保険料払込期間は主契約の同じになります。

- 新たな保険に契約し直す場合は、以下について不利益となる場合があることを了承します。**
 - ①「現在ご契約中の保険契約の解約等」と「新たな保険契約の申込み」の時期が一致しない場合、**保障の空白や重複が生じる場合があります。**
 - 例：1)解約等の手続きが先行した場合：保障が一時的に途切れる場合があります。
 - 2)解約等の手続きが遅れた場合：保障および保険料の払込みが一時的に重複する場合があります。

※新旧の保険契約ともに当該の場合、保障の空白や重複を防止するお手続き方法があります。詳しくはカスタマーサービスセンターまでお問い合わせください(保険契約によってはお取扱いできない場合があります)。

カスタマーサービスセンター	
フリーダイヤル	0120-506-094
受付時間	月曜～土曜 9:00～18:00 (日曜・祝日・年末年始休み)

- ② 新たな保険に契約し直すことで、**不利益となる場合があります。**
 - 例：
 - ・解約払戻金が払込保険料の合計額より少ない金額となる
 - ・告知内容により条件が付くまたはお引受けできない
 - ・正しく告知しなかったために新たな保険契約が解除または取消しになる
 - ・責任開始時前の疾病や不慮の事故を原因とする場合は保険金・給付金等を受取れない
 - ・保険種類によっては契約当初の一定期間保障がない(例：がん保険は90日の待期間) 等

※新たな保険に契約し直す場合も、「正しく告知しなかった場合の取扱いについて」が適用されます。詳しくは「特に重要な事項のお知らせ - 注意喚起情報 -」をご確認ください。

〈がんにかかわる保障をお申込みの場合は以下についてもご確認ください〉
 新たな保険へのご加入と同時に現在ご加入中の保険を解約された場合でも、がんの待期間(90日間)中は保障がありません。この期間中にがんと診断確定された場合、保険金・給付金等はお支払いしません。

- ※ただし、以下の条件をすべて満たす場合は、現在ご加入中の保険(解約する契約)から、保険金・給付金等をお支払いします。
 - ・現在ご加入中の保険の約款に定める支払事由に該当していること
 - ・現在ご加入中の保険、新たな保険ともに、オリックス生命所定の保険商品であること^{*1}
 - ・現在ご加入中の保険の契約者・被保険者、新たな保険の契約者・被保険者すべてが同一人であること
 - ・オリックス生命の「解約同時新契約手続き」を利用した見直しであること^{*2}
 - ・現在ご加入中の保険の解約を取り消し、元の有効な状態に戻すことに同意いただけること

*1 対象となる保険商品

現在ご加入中の保険	新たな保険
<ul style="list-style-type: none"> ・無解約払戻金型がん治療保険 ・無解約払戻金型一時金方式がん保険 ・新がん保険(2002) ・新がん保険(2010) ・新がん保険 ・がん医療給付金付定期保険 	<ul style="list-style-type: none"> ・無解約払戻金型一時金方式がん保険 ・新がん保険(2010)

*2 「解約同時新契約手続き」とは、新たな保険の締結と同時に、現在ご加入中の保険を「解約請求書(新契約同時加入用)」を用いて解約する手続きをいいます。

現在の保険契約の内容を変更または新たな保険契約・特約を追加する方が、新たな保険に契約し直すよりも有利な場合があります。

■給付金・一時金

がん保険ビリーブ			
がん治療給付金	基本給付金額の50倍	がん初回診断一時金	基本給付金額の100倍
がん入院給付金	基本給付金額の1倍×入院日数	がん手術給付金	基本給付金額の20倍
がん退院一時金	基本給付金額の10倍		
がん先進医療特約(2018)	がん先進医療給付金：先進医療にかかる技術料と同額(給付限度:通算2,000万円)		
	がん先進医療一時金：がん先進医療給付金の支払額の10%相当額(給付限度:1回の療養につき50万円)		

- 給付金受取人…… 被保険者
- 死亡保険金…… なし
- がん責任開始日は、告知日、申込書受領日のいずれか遅い方の日から、その日を含め91日目となります。

以上

保険料クレジットカード払規約

①私(契約者)が貴社と締結した生命保険契約の保険料を、私が指定するクレジットカード(以下「指定カード」という)で、指定カード発行会社の会員規約に基づき払込みます。

②私から特別の申出をしない限り、保険料を指定カードで前項と同様に会員規約に基づいて継続して払込みます。

③指定カードの会員番号・有効期限に変更があった場合には、速滞なく貴社に通知します。

また、指定カード発行会社により、私が貴社に届出た会員番号・有効期限が更新された場合であっても保険料を異議なく払込みます。

④会員資格喪失により、指定カード発行会社から指定カードによる保険料の支払契約を解除されても異議ありません。

⑤カード紛失・変更等により、会員番号・有効期限が変更となった場合には、貴社へクレジット収納代行会社からその旨が通知されても異議ありません。

⑥指定カードによって払込んだ保険料については、貴社の領収証は請求しません。

口座名義人様の確認事項

- 必ずご一読のうえ、お申込みください。

※ゆうちょ銀行をご指定の場合は自動払込み規定が適用されます。

－預金口座振替規定(ゆうちょ銀行を除く)－

1. 貴行(金庫・組合)に請求書が送付されたときは、私に通知することなく、請求書に記載された金額を貴社の指定する日(当日が金融機関休業日の場合は翌営業日)に預金口座から引き落としのうえ、お支払いください。この場合、預金規定または当座勘定規定にかかわらず、預金通帳、同払戻請求書の提出または小切手の振出はしません。
2. 振替日において請求書記載金額が預金口座から払い戻すことのできる金額(当座貸越を利用できる範囲内の金額を含む。)をこえるときは、私に通知することなく、請求書を返却しても差し支えありません。
3. この預金口座振替に関する契約を解約するときは、私から貴行(金庫・組合)に書面により届出ます。なお、この届出がないまま長期間にわたり会社から請求がない等相当の事由があるときは、特に申し出をしない限り、貴行(金庫・組合)はこの契約が終了したものと取り扱って差し支えありません。
4. この預金口座振替についてかりに紛議が生じても、貴行(金庫・組合)の責めによるものを除き、貴行(金庫・組合)にはご迷惑をかけません。

この書面に記載した個人情報は、各種保険契約のお引受け、ご継続・維持管理、保険金・給付金等のお支払いのために利用されることを了承いたします。