

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。

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)	—	—	◎	—

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すか?
 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、あらかじめご意向を伺います。
 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。)

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以下の内容は、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
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

フリガナ _____ 性別 男 女 年齢 _____ 歳

氏名(自署) _____
 生年月日 昭和 平成 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所 _____ 都道府県 _____ 市町村 _____ 番 _____ 号 _____ 丁目 _____ 番 _____ 号 _____

自宅 ☎ () 日中の連絡先 ☎ ()

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 自署 _____ 契約者・被保険者から見た続柄 (父・母・後見人)

後見人 _____

申込書受付日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

申込書受付場所 () 日中の連絡先 ☎ ()

ing no. _____ key line _____

金融機関コード _____ 支店コード _____

種目コード _____ 契約種別 _____ 記号(※相違がある場合は) _____ 番号(右詰めでご記入ください。)

銀行 166301 口座番号 _____ 金融機関コード _____ 支店コード _____

振替日(払込日) _____ (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

告知書 _____ ID _____ 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) 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

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。

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)。

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

❌ 切り取らずに折りたたんでご返送ください

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 (2018)*	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社特約の重複加入はできません。

保険期間 終身 保険料 終身 払込回数 月払

6 保険料 _____ 千 _____ 円

7 指定代理請求人 ※契約者をご記入ください。

フリガナ _____ 契約者以外の方を1名のみ指定ください。

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)

8 保険料のお支払い ※A・Bいずれかに○をつけ、以下のAクレジットカード支払申込書もしくはB預金口座振替依頼書にご記入ください。

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)

A クレジットカード支払申込書
 ※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です。

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 (2021年3月の場合03月2021年とご記入ください。)

B 預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書(収加) 申込番号 _____

提出日(記入日) 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

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。

収納企業名 三菱UFJファクター株式会社

口座名義人 _____ (口座名義人は原則保険契約者と同じ、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)

お届印 押印

▼日常的にご利用の個人名義の口座をご指定ください。

銀行(信金・信組) _____ (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 _____

種目コード _____ 契約種別 _____ 記号(※相違がある場合は) _____ 番号(右詰めでご記入ください。)

銀行 166301 口座番号 _____ 金融機関コード _____ 支店コード _____

振替日(払込日) _____ (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	●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
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 ●食道静脈瘤
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(COPD) ●間質性肺炎 ●肺気腫	●肺線維症 ●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。 ●白板症	

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)
- CT検査
- MRI検査
- PET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)

❌ 切り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」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、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が必要な場合、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、取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。
-
- がん保険どしり（無配当 新がん保険(2010)・がん先進医療特約(2018)・がん通院特約)について、下記事項を了承します。
 - ①解約払戻金について
保険期間と保険料払込期間が同一の場合(終身払)：解約払戻金はありません。
保険期間と保険料払込期間が異なる場合：
主契約……………保険料払込期間中は、解約払戻金はありません。
特約……………保険料払込期間経過後で、かつ、すべての保険料を払込済の場合には、基本給付金額の10倍となります。
……………保険期間を通じて解約払戻金はありません。
 - ②特約の保険期間・保険料払込期間は主契約と同じになります。

給付の指定・給付倍率

主契約：無配当 新がん保険(2010)	
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。

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私から特別の申し出をしない限り、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、遅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、私が貴社に届け出た会員番号・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・変更等での会員番号・有効期限が変更となった場合には、貴社へクレジット取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.銀行(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預金口座から引落とすのうえ、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、向払戻請求書の提出または小切手の提出はしません。
- 2.振替日において請求書記載金額が預金口座から払戻すことのできる金額(当座買戻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.この契約を解約するときは、私から銀行(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、とくに申し出をしない限り、銀行(金庫・組合)はこの契約を終了したものととして取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たに紛議が生じても、銀行(金庫・組合)の責によるものを除き、銀行(金庫・組合)にはご迷惑をかせません。

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。

以上