

## 定期保険ファインセーブ 生命保険契約申込書

[無配当 解約払戻金抑制型定期保険]

オリックス生命

1-5

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。

30FC32



ID

申込番号

## 1 意向把握書

商品名	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)
定期保険ファインセーブ	◎	—	—	—

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 ご確認欄

 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 5 「保険金額」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】万一の際の「死亡保障」を確保することができます。

①保障内容(保険金等の支払事由など)はご意向に沿っていますか。

②保険金等の金額・保険期間はご意向に沿っていますか。

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。

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。)

⑤定期保険ファインセーブは解約払戻金のない定期保険です。必要とする保険期間になってしまって、長期の保険期間をお選びいただいた場合でも保険期間を通じて解約払戻金がない(貯蓄性がない)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ていますか。

必須 ご確認欄

 はい

取扱者

## 3 保険契約者 兼 被保険者 契約者がご記入ください。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。

必須 氏名 (自署)	こちらにご署名ください	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 年齢 _____ 歳
住所	生年 月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成
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 ☎ ( )

4 母親者・後見人 契約者(被保険者)が18歳未満の場合に、親権者・後見人がご記入ください。※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 自署	契約者(被保険者)が未成年のため、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、事実に相違ありません。	契約者(被保険者)から 見た続柄 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input checked="" type="checkbox"/> 後見人
会社使用欄	〈代理店記入欄〉 申込書受領日 令和 年 月 日	inq no. key line Type

「告知書 8~14」についてご確認のうえ、必要箇所を漏れなくご記入ください。

◎切り取らずに折りたたんでご返送ください

## 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、保険金等をお支払いできません。	ID
■告知書は、被保険者ご本人が「ありのまゝ」「正確に」もれなくご記入ください。	申込番号
■代筆された場合はご契約をお引受けできません。	

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。

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 こちらにご署名ください	10 必須 身長 cm 体重 kg
----------------------------	--------------------------	-------------------

11 必須 他社加入状況 他社で現在ご加入または申込中の死亡保険契約がある場合は、ご記入ください。 病死死亡時の他社保険金額合計 万円	<input type="checkbox"/> 繼続する <input checked="" type="checkbox"/> 繼続しない
---	---

被保険者のご職業	勤務先名・屋号 勤務先電話番号 ☎ ( )
以下の①~⑯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⑪を選択してください。	
<input type="checkbox"/> ①会社経営(会社役員) <input type="checkbox"/> ②事業、企画、販売、システム、医療・福祉業従事、医師・弁護士、教職員、保健士、研究職、技術職 <input type="checkbox"/> ③地下作業者、海中作業者、爆破作業者 <input type="checkbox"/> ④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) <input type="checkbox"/> ⑤トラック・バイクの運転手、飲食業者(スナック等)、産業廃棄物処理	
<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"/> ⑦年金生活者 <input type="checkbox"/> ⑧不動産収入生活者 <input type="checkbox"/> ⑨金融資産生活者 <input type="checkbox"/> ⑩家事手伝い <input type="checkbox"/> ⑪主婦・主夫 <input type="checkbox"/> ⑫生徒・学生 <input type="checkbox"/> ⑬家事手伝い <input type="checkbox"/> ⑭その他 <input type="checkbox"/> 具体的な職務内容	

13 必須 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	世帯の年収をご記入ください。 約 万円
--	---------------------

※1年間に受取る年金の合計額

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、詳細記入欄 A ~ C にその詳細をご記入ください。該当しない場合は「いいえ」にをしてください。

1 最近の健康状態 最近3ヶ月以内に、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。 *投薬とは、病院や診療所で薬の処方箋をうけた場合を含みます。 ▲病気やケガに限らず、「医師にみてもらった」事実があれば告知が必要です。	<input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/> はい
2 過去5年内に、病気やケガで、継続して7日以上の入院をしたことがありますか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/> はい
3 過去5年内に、病気やケガで、手術をうけたことがありますか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/> はい
4 病気・ケガについて 過去5年内に、以下のいずれかに該当する事実がありますか。 ●別表の病気で、一度でも医師の診察・検査・治療・投薬のいずれかをうけた。 ●別表以外の病気やケガで、7日以上の期間にわたり医師の診察・検査・治療・投薬*のいずれかをうけた。 *「7日以上の期間にわたり診察・検査・治療」とは、通院回数にかかわらず、初診から最後の診察・検査・治療をうけた日までの期間が7日以上の場合はをさします。検査には自主的な検査も含みます。 *7日以上の期間にわたり投薬とは、合計7日分以上の薬を処方された場合をさします(薬を飲み忘れた場合や受け取らなかった場合も含みます)。	<input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/> はい

右上の別表および「7日以上の期間にわたり」とは? をご確認ください。

5 健康診断・人間ドックについて 過去2年内に、健康診断*・人間ドックをうけて、以下の臓器または検査の項目で「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。 *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(自動的にうけた脳ドック・がん検診を含みます)。 ▲「要経過観察」は指摘なしに <input checked="" type="checkbox"/> をしてください。 ▲健康診断等をうけていない場合は「うけてない」と <input checked="" type="checkbox"/> をしてください。	<input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/> はい
検査項目 腸器 心臓・腎臓・肝臓・肺・腸・脳・甲状腺・前立腺・子宮・乳房	<input type="checkbox"/> 指摘なし <input checked="" type="checkbox"/> 指摘あり
検査項目 血圧測定・尿検査・血液検査・胸部レントゲン検査・心電図検査・眼底検査・上部消化管レントゲン検査・超音波検査・便潜血検査	<input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/> はい
異常 要再検査……例)再検査が必要・再検査をする 要精密検査……例)精密検査が必要・精査をする・精査を要する・さらに詳しい検査が必要 要治療……例)治療や投薬が必要・治療中・治療継続・要医療	<input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/> はい

6 身体の障害について 以下のいずれかの身体の障害がありますか。

●視力・聴力・言語・そしゃ機能の障害 ●手・足・指の欠損または機能の障害

●背骨(脊柱)の変形または障害

7 女性の方(未成年者は除く) 過去5年内に、妊娠・分娩に伴う異常で、入院したり手術をうけたことがありますか。

(帝王切開を含みます)

現在、妊娠していますか。

▲医師の診断や自分でおこなう妊娠検査で判明している場合を含みます。

◎切り取らずに折りたたんでご返送ください

## 5 保険金額・保険期間(保険料払込期間)・保険料(払回事数:月払)

必須		保険金額 500万円	保険金額 300万円	保険金額 200万円	保険金額 100万円
保険期間 10年	<input type="checkbox"/>	保険料 円	<input type="checkbox"/>	保険料 円	<input type="checkbox"/>
保険期間 90歳	<input type="checkbox"/>	保険料 円	<input type="checkbox"/>	保険料 円	<input type="checkbox"/>
		・責任開始に関する特約を付加します。・リビング・ニーズ特約を付加します。			
		※その他の保険金額をご希望の場合は、パンフレット等に記載の連絡先までご連絡ください。			

## 6 死亡保険金受取人 兼 指定代理人請求人

契約者以外の方(配偶者または2親等以内の血族)をご指定ください。

必須 氏名 姓 名	生年月日 □昭和 □平成 □令和 □年 □月 □日	受取割合 □昭和 □平成 □令和 100%
住所	被保険者から見た続柄 □配偶者 □父 □母 □子 □祖父母 □孫 □兄弟姉妹	

・指定代理請求特約を付加します。※指定代理請求人に死亡保険金受取人と別の方(3親等以内の親族)を指定したい場合は、パンフレット等に記載の連絡先までご連絡ください。

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。

両方に漏れ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。

## 7 保険料のお支払い

A 「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

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。	
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。)
契約者氏名	カード有効期限 月 20 年(例)2025年11月の場合は11月20日とご記入ください。

## B 「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(吸 加)

申込番号

提出日(記入日) 令和 年 月 日	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 )
口座名義人 姓 名	口座届出を押印ください 印
ゆうちょ銀行以外の金融機関 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 種類コード ゆうちょ銀行 種類コード 記号 番号(右詰めでご記入ください。)
ゆうちょ銀行 預金種目 1.普通預金 口座番号	番号(右詰めでご記入ください。)
預込先口座番号 00140-9-654553	預込先加入者名 三菱UFJファスター株式会社

この預込金は振替依頼中、中央に不備があつたら記録事項に〇をつけてお問い合わせください。  
(不備返却事由)  
1.預込金額不一致  
2.記帳事項不一致  
(店名、預り種目、預入番号、口座名義)  
3.印鑑不一致  
4.その他  
〒8637 群馬県邑楽郡伊勢崎市淡路町2丁目101番地  
三菱UFJファスター株式会社  
TEL 03-3251-8091

委託者番号 00999 振替日(記入日)  
受取用企業欄  
委託者 記入欄  
料金等の種類 生命保険料

27日(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

◎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

◎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

貴社の普通保険契約および特約（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／お客様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に相違ないこと。
- 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。

- 定期預貯ファインセーブ（無配当 解約払戻金抑制定期保険）について、下記事項を了承します。

### 解約払戻金について

保険契約を解約された場合でも、保険期間を通じて解約払戻金はありません。

- 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 「現在ご契約の保険契約の約款等」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。

※新規の保険契約とともに当社の場合、保障の空白や重複を防止するお手続方法があります。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、不利益となることがあります。

例：解約払戻金が払込保険料の合計額よりも少ない金額となる

・告知内容により条件が付いたりお引受けできなくなる

・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になる

・責任開始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。

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。

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登録に基づいて払込みます。  
②私が特別の旨出をしない限り、保険料を指定カードで前項と同様に会員登録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、貴社の領収書は請求しません。

### 口座名義人の確認事項

- 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(ゆうちよ銀行を除く)-

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同社の指定する日(当日が金融機関休業日の場合は翌営業日)に預金帳から引き落しのうえ、お支払いください。この場合、預金規定または当座預定期定にかかるわざ、預金通帳、同払戻請求書の提出または小切手の提出はございません。  
2. 提出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(当座預定期定における範囲内の金額を含む)を超えるときは、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)に書面により届けます。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)はこの契約を終了したものとして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ら紛議が生じても、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。

この画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。