

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。 306C12 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 終身保険ライズ 万一時の死亡保障 病気やケガに備える保障 がんに備える保障 貯蓄(老後生活資金・教育資金の準備等)

2 意向確認書 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。)

3 保険契約者 兼 被保険者 契約者(被保険者)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。 フリガナ 氏名(自署) 性別 年齢 生年月日 自己宣誓 住居者、米国籍者等に該当する場合は「はい」をつけてください。 住所 電話番号

4 親権者・後見人 契約者(被保険者)が18歳未満の場合、親権者・後見人がご記入ください。 親権者または後見人 自署 契約者(被保険者)から見た続柄 父 母 後見人

告知書 告知書に事実を記入しなかった場合、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」「正確にものごと」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。 ID 申込番号

9 申込日・告知日(記入日) 令和 年 月 日 10 被保険者 氏名 11 身長 体重 cm kg

12 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。 病气死亡時の他社保険金額合計 万円 継続する 継続しない

13 被保険者のご職業 勤務先・屋号 勤務先 電話番号 以下の①～⑭から選択してください。 ① 会社経営(会社役員) 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 ③ 地下作業、海中作業、採石・岩石・砂利運搬作業、爆破作業 ④ 高所作業(建設、ビルの窓拭き等)、高圧電気(200V超)取扱従事者、林業従事者、漁船乗組員(500トン未満の船舶) 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、接客飲食業(スナック等)、産業廃棄物処理

14 年取 本人の年取または年金額(※)をご記入ください。 約 万円 世帯の年取をご記入ください。 約 万円

15 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「はい」「指摘あり」に「はい」を、詳細記入欄 A~C にその詳細をご記入ください。 1 最近の健康状態 最近3か月以内に、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か。 2 過去5年以内に、病気やケガで、継続して7日以上入院をしたことがありますか。 3 過去5年以内に、病気やケガで、手術をうけたことがありますか。 4 過去5年以内に、以下のいずれかに該当する事実がありますか。 5 健康診断・人間ドックについて 過去2年以内に、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。 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。 7 女性の方(未成年者)は除く 過去5年以内に、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。 8 現在、妊娠していますか。

5 ご希望のコース 必須 保険金額 300万円コース 200万円コース 100万円コース(76歳~80歳限定) 保険期間 終身 保険料払込期間 終身 保険料(払込回数:月払) 円 円 円

6 ご記入がない場合は、「適用しない」とさせていただきます。 適用する 適用しない 保険料の自動振替貸付 7 死亡保険金受取人 兼 指定代理請求人 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。 フリガナ 氏名 生年月日 住所 被保険者から見た続柄

8 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) 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」(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。 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

「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(※) 申込番号 口座振替は原則保険契約者と同、または配偶者または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へ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 三菱UFJファクター株式会社

別表 心臓・血管 脳・精神・神経 肺・気管支 胃腸、すい臓 肝臓・胆のう 腎臓、尿管 目・耳・鼻 がん(上皮肉、新生物を含む) 女性のがん(子宮筋腫、子宮内腫瘍、卵巣腫瘍、乳腺腫瘍) 糖尿病 脂質異常症(高脂血症) 高尿酸血症(痛風) リウマチ性疾患 その他

詳細記入欄 A・Bをご記入いただいた場合は、右側の数値欄もご確認ください。 病気やケガの名前(部位) 診察・検査・治療・投薬の期間 現在の状況 受診した医療機関名 入院した期間 手術名・手術の種類、部位、手術年月 病気やケガの原因・治療内容・検査結果・経過を詳細にご記入ください。 異常を指摘された臓器・検査項目 異常を指摘された健康診断時期・検査結果・再検査・精密検査の有無 身体の障害について

数値欄 A・Bに記入した内容が、以下(1)~(6)の項目に該当する場合は、最新の測定年月と数値をご記入ください。 (1) 高血圧 測定年月 年 月 最大 mmHg 最小 mmHg (2) 脂質異常症(高脂血症) 測定年月 年 月 中性脂肪(TG) mg/dL HDLコレステロール(HDL-C) mg/dL LDLコレステロール(LDL-C) mg/dL (3) 糖尿病・高血糖 測定年月 年 月 HbA1c % 空腹時血糖(FBS) mg/dL (4) 高尿酸血症・痛風 測定年月 年 月 尿酸値(UA) mg/dL (5) 肝機能障害・脂肪肝 測定年月 年 月 GOT(AST) IU/L GPT(ALT) IU/L γ-GTP IU/L (6) 貧血 測定年月 年 月 血色素量(ヘモグロビン:Hb) g/dL

## 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、取扱代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。

- 終身保険（イスクラ無配当 終身保険（低解約払戻金型））について、下記事項を了承します。
 

解約払戻金については、低解約払戻金期間中の解約払戻金を抑制する仕組みで保険料が計算されています（解約払戻金を低く設定しない場合の解約払戻金の70％）。なお、低解約払戻金期間は保険料払込期間と同一です。

- 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。
    - 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社の場合、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）

- 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も少ない金額となる  
・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  
・責任開始前時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。