

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)	がんによる保障	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)	◎	○	○	◎*

◎短期払のみ

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】 万一の際の「死亡保障」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(保険金の支払事由等) ●保険金額・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終身保険ライズは低解約払戻金期間中の解約払戻金は抑制されています(低解約払戻金期間中は保険料払込期間と同一です)。低解約払戻金期間経過後に解約した場合でも、低解約払戻金期間中のすべての保険料の払込みがないときは、解約払戻金は抑制されます。以上をふまえて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おりますか。

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

自己宣言 米国民、米国居住者等、米国納税義務者に該当する場合は「○」をつけてください

住所 () () () () () ()

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。(成年後見制度をご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。)

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

会社印欄

(代理店記入欄) 申請書受付日 令和 年 月 日 Type

ing no. key line

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。

12 記入日 令和 年 月 日 (申込日・告知日)

13 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/商品概要の説明/ご契約のしおり抜粋を受領し、内容を理解しました。

14 身長・体重 身長 cm 体重 kg

16 年収 本人の年収または年金額をご記入ください。 万円

17 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、以下にご記入ください。 病気を発症した他社保険金額合計 万円 (継続する / 継続しない)

15 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①～⑮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⑯を選択してください。

勤めている方 [] の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 生徒・学生
3 地下作業、海中作業、採石・岩石・砂利運搬業者、爆破業者	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、林業従事者、漁船乗組員(500T未満の船舶)		11 金融資産生活者
		12 家事手伝い
		13 無職者

18 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。「はい」「指摘あり」に○をした方は、該当する箇所にその詳細をご記入ください。該当しない場合は「いいえ」「指摘なし」に○をしてください。

1 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。
 * 病気やケガに限らず、「医師にみもらった」事実があれば告知が必要です。
 * 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。

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 病気・ケガについて 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。
 ●「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、通算して7日以上にわたり医師の診察・検査・治療・投薬のいずれかをうけた。

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(自主的にうけた脳ドック・がん検査を含みます)。
 【臓器】心臓 腎臓 肝臓 すい臓 胆のう 膵臓 肺 脳 甲状腺 前立腺 子宮 乳房
 【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
 【異常】異常とは、要経過観察・要再検査・要精密検査・要治療をいいます。
 ・要経過観察 例) 観察が必要・経過観察を要する・経過観察中に検査が必要
 ・要再検査 例) 再検査が必要・再検査を要する
 ・要精密検査 例) 精密検査が必要・精査を要する・さらに詳しい検査が必要
 ・要治療 例) 治療が必要・治療中・治療継続・要医療

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・その他機能の障害 ●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(満16歳以上) 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。(帝王切開を含みます)

8 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)

5 保険金額 ※いずれか1つをお選びください。
 200万円 300万円 500万円 1,000万円 その他 0:0 万円

6 保険料 10年 15年 60歳 65歳 終身

7 保険料 払込回数 月払 保険料 千 円

8 保険料の自動振替 適用する 適用しない
 *ご記入がない場合は、「適用しない」とさせていただきます。

9 死亡保険金受取人 ※契約者をご記入ください。
 フリガナ 氏名 生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日 受取割合 100%
 住所 契約者住所と同じ場合は省略できます。記入がない場合は契約者住所と同一とします。

10 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 孫 祖父母 兄弟姉妹)

11 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)

※切り取らずにご返送ください

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、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) 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) 2021年3月の場合 03月2021年とご記入ください。

カード有効期限 月 20 年

※切り取らずにご返送ください

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ので、裏面記載事項を確約のうえ依頼します。

金融機関 銀行(信金・信組) 支店(本店) 出展所
 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(右詰めでご記入ください) 番号(右詰めでご記入ください)

振替日(払込日) 27日

※切り取らずに折りたたんでご返送ください

別表

心臓・血管	●高血圧 ●先天性心疾患 ●大動脈のうづ ●心筋症 ●心臓弁膜症 ●不整脈	肝臓、胆のう	●急性肝炎 ●慢性肝炎 (肝炎ウイルスキャリアを含む) ●肝硬変	腎臓、尿管	●急性腎炎 ●慢性腎炎 ●腎不全 ●のう胞腎 ●腎臓結石 ●尿管結石 ●前立腺肥大 ●水腎症	その他	●糖尿病 ●高尿酸血症 ●高尿酸血症 ●紫斑病 ●甲状腺腫 ●変形性関節症 ●椎間板ヘルニア ●痔
脳・精神・神経	●脳内出血 ●脳出血 ●脳梗塞 ●統合失調症 ●うつ病 ●双極性障害(躁うつ病)	肺・気管支	●気管支拡張症 ●慢性気管支炎 ●慢性閉塞性肺疾患(COPD) ●じん肺 ●過敏性咳嗽群	目・耳・鼻	●白内障 ●緑内障 ●ぶどう膜炎 ●角膜炎 ●網膜剥離 ●網膜出血 ●網膜色素変性症 ●角膜炎 ●眼底出血 ●中耳炎 ●内耳炎 ●斜視 ●斜視手術 ●網膜色素変性症 ●網膜はく離 ●ちくのう症(副鼻腔炎) ●鼻中隔湾曲症		
胃腸、すい臓	●胃かいよう ●十二指腸かいよう ●急性すい臓炎	がん・しゅよう	●がん(上皮内新生物を含む) ●肉腫 ●骨髄腫 ●子宮がん ●卵巣がん ●乳がん ●子宮頸がん ●乳がん ●子宮がん ●卵巣がん ●乳がん ●子宮頸がん ●乳がん	婦人科	●子宮筋腫 ●卵巣の腫瘍 ●子宮内腫瘍 ●子宮内腫瘍 ●子宮内腫瘍	甲状腺機能亢進症	●甲状腺機能亢進症 ●甲状腺機能亢進症 ●甲状腺機能亢進症

※「7日以上にわたり」とは、以下の様な場合をいいます。
 ①初診から最後の通院(完治日)までの期間が7日以上の場合は 初診 → この期間が7日以上にわたるものは該当 → 最後の通院(完治日)
 ②7日以上の薬の処方を受けた場合 薬類に使用したかどうかわからず、7日以上の薬の処方を受けた場合は該当します。2～3回に分けて合計7日以上の薬の処方を受けた場合も該当します。

詳細記入欄 ※記入欄が不足する場合は、パンフレットなどに記載の連絡先までお問い合わせください。

A 病気を指された臓器・検査項目

時期	年	月	医療機関名
検査結果・所見・判定	要経過観察 / 要再検査 / 要精密検査 / 要治療		

B 異常を指摘された健康診断・再検査・精密検査の有無

健康診断時期	再検査・精密検査の有無	再検査時期	再検査内容・結果・所見・判定
健康診断時期	再検査・精密検査の有無	再検査時期	再検査内容・結果・所見・判定

C A欄に記入の病気が以下の項目に該当する場合、および質問項目5で以下の項目の指摘をうけた場合はご記入ください。
 ※最新の測定年月と数値をご記入ください。

測定年月	年	月	測定年月	年	月
高血圧	最大	mmHg	脂質異常症(高脂血症)	中性脂肪(TG)	mg/dL
	最小	mmHg		HDLコレステロール(HDL-C)	mg/dL
				LDLコレステロール(LDL-C)	mg/dL
高尿酸血症・痛風	測定年月	年	月	肝機能障害・脂肪肝	GOT(AST)
	尿酸値(UA)	mg/dL		GPT(ALT)	IU/L
				γ-GTP	IU/L

D 身体障害について

部位	原因および障害の程度	症状発生時期	年	月	障害等級
----	------------	--------	---	---	------

○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發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。
-
- 終身保険（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。
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。

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、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.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りに紛議が生じても、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。