

オリックス生命保険株式会社 御中 30qc02

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。

**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-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)
終身保険エンキャン	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

○: いずれかの意向があることをご確認ください。

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。

※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。

保険料払込期間	保険料コース*			
	4口40,000円コース	3口30,000円コース	2口20,000円コース	1口10,000円コース
10年	基本保険金額 <input type="checkbox"/>	基本保険金額 <input type="checkbox"/>	基本保険金額 <input type="checkbox"/>	基本保険金額 <input type="checkbox"/>
15年	基本保険金額 <input type="checkbox"/>	基本保険金額 <input type="checkbox"/>	基本保険金額 <input type="checkbox"/>	基本保険金額 <input type="checkbox"/>

\*性別・契約年齢によってお申込みいただける保険料コースが異なります。  
 ・保険料の自動振替貸付の適用はありません。 ・リビング・ニーズ特約 (指定通貨建・外貨建用) を付加します。  
 ・責任開始に関する特約を付加します。 ・介護前払特約 (指定通貨建・外貨建用) を付加します。

**2 意向確認書** く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 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】万-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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
② 保険金等の金額・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 終身保険エンキャン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。また、保険料払込期間中の病気・ケガによる死亡保険金、高度障害保険金は、お支払いいただいた保険料相当額となります。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ていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

※ご契約をお引受けできません。

**6 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 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

住所 \_\_\_\_\_

被保険者から見た続柄  配偶者  父  母  子  兄弟姉妹  祖父母  孫  100%

※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、パンフレットなどに記載の連絡先までご連絡ください。

**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 \_\_\_\_\_ 性別  男  女 年齢 \_\_\_\_\_ 歳

氏名(自署) \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

自己宣誓 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 \_\_\_\_\_

電話番号 契約者ご本人の携帯電話番号をご記入ください。 携帯電話 ( ) ( ) 自宅 ( ) ( )

**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。

**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の全員の同意のうえ、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。

契約者(被保険者)から見た続柄  父  母  後見人

自署

申込書受付日 \_\_\_\_\_ 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

**「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、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(左づ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)2028年6月の場合 06月2028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** 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、下記の収納企業から請求された金額を私名義の下記預金口座から、預金口座振替によって支払うこととしたいので、裏面の預金口座振替規定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(収納代行会社)

フリガナ \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_)

お金融機関印 押印してください

**告知書 8~12** 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。

切取らずに折りたたんでご返送ください

**ゆうちょ銀行以外の金融機関**

銀行(信金・信組) \_\_\_\_\_ (支店・本店) \_\_\_\_\_ (出張所) \_\_\_\_\_

振替日(払込日) \_\_\_\_\_ (金融機関休業日の場合は翌営業日)

契約種別コード \_\_\_\_\_ 記号(※通帳の記号の後にハイフンと数字がある場合のみご記入ください) \_\_\_\_\_ 番号(右づめでご記入ください) \_\_\_\_\_

ゆうちょ銀行 301 \_\_\_\_\_ 0

申込先口座番号 00140-9-654553 申込先加入者名 三菱UFJファクター株式会社

**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ないことがあります。 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 \_\_\_\_\_

切取らずに折りたたんでご返送ください

オリックス生命保険株式会社 御中 同封の「ご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。**

**8 申込日・告知日(記入日)** 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

**9 被保険者氏名** \_\_\_\_\_

**10 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。

病気死亡時の他社保険金額合計 \_\_\_\_\_ 万円

継続する  継続しない

**11 被保険者の職業・年収** 以下の①~⑭から選択のうえ、年収・勤務先をご記入ください。 ⑧~⑩を選択した方で、お勤め先がある場合は、職業も選択のうえ年収・勤務先をご記入ください。

<input type="checkbox"/> ① 会社経営(会社役員)	<input type="checkbox"/> ⑥ フリーター(パート・アルバイト含む) ※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、医師・弁護士・教職員・保育士・研究職・技術職	<input type="checkbox"/> ⑦ その他 具体的な職務内容 _____	<input type="checkbox"/> ⑫ 生徒・学生
<input type="checkbox"/> ③ 地下作業員、海中作業員、採石・岩石・砂利運搬作業員、爆破作業員	<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 高所作業員(建設・ビル窓拭き等)、林業従事者、高圧電気(200V)取扱作業員、漁船乗組員(500トン未満の船舶)	<input type="checkbox"/> ⑨ 金融資産生活者 ※年収欄には金融資産の合計額をご記入ください。	<input type="checkbox"/> ⑭ 無職者 ※年金生活者の方は◎をご選択ください。
<input type="checkbox"/> 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、接待飲食業(スナック等)、産業廃棄物処理	<input type="checkbox"/> ⑩ 年金生活者	

①~⑩を選択した方 ⑪~⑭を選択した方

年収 ご本人の年収・年金など1年間の収入額 約 \_\_\_\_\_ 万円 世帯の年収 約 \_\_\_\_\_ 万円

勤務先名・屋号 \_\_\_\_\_ 勤務先電話番号 \_\_\_\_\_ ( ) ( )

**12 各項目中の質問につき、該当する場合は「はい」に  をしてください。質問項目1で「はい」に  をした方はAへ、質問項目2で「はい」に  をした方はBへ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 過去5年以内に、がんまたは上皮内新生物\*で医師による診察・検査・治療・投薬のいずれかをうけたことがありますか。**  いいえ  はい → **A欄へ**

\*がん、上皮内新生物に含まれるものの例: 癌・白血病・肉腫・骨髄腫・リンパ腫・卵巣癌・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・パジエツト病・ホーエン病・上皮内がん・高度異形成 等。

**2 以下のいずれかの身体の障害がありますか。**  いいえ  はい → **B欄へ**

- 視力・聴力・言語・そしゃく機能の障害
- 背骨(脊柱)の変形または障害
- 手・足・指の欠損または機能の障害

**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合わせください。

病気の名称 \_\_\_\_\_ (部位) \_\_\_\_\_

診察・検査・治療・投薬の期間 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日まで

現在の状況  完治 → \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  治療中  経過観察中

受診した医療機関名 \_\_\_\_\_

入院した期間  無  有 → \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

手術名・手術の種類、部位、手術年月 \_\_\_\_\_

病気の原因・治療内容・検査結果・経過を詳細にご記入ください。

身体の障害について 部位 \_\_\_\_\_ 原因および障害の程度 \_\_\_\_\_

症状固定時期 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月

障害等級 \_\_\_\_\_ 級

**補足説明**

質問項目1 ●「診察・検査」には、がんまたは上皮内新生物による治療終了後、経過観察を目的として診察・検査をうけることを含みます。

質問項目2 ●検査または医師に指摘をうけた場合、正常でないと自覚がある場合も「はい」に該当します。 ●障害者手帳をお持ちの場合は、障害等級もご記入ください。

切取らずに折りたたんでご返送ください

契約者がA・Bのいずれか一方にご記入ください

## 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・基本保険金額・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、口座振替特約の規定に基づき、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。

- 終身保険エンキャン＜無配当 指定通帳連特別終身保険（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**  
 低解約払戻金期間中に解約した場合の生契約の解約払戻金額を抑制する仕組みで保険料が計算されています。  
 低解約払戻金期間中に解約した場合、解約払戻金を低く設定しない場合の解約払戻金の70％に抑制されます。  
 ※低解約払戻金期間経過後に解約した場合でも、低解約払戻金期間内のすべての保険料の払込みがないときは、同様に解約払戻金が抑制されます。

- 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。

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、私が貴社に届出した会員番号・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。

### －預金口座振替規定－ ※ゆうちょ銀行を除く。

- 1.銀行、金庫、組合等（以下銀行という）に請求書が送付されたときは、私に通知することなく、請求書記載金額を預金口座から引落しのうえ支払ってください。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しはしません。
- 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さしつかえありません。
- 3.この契約を解約するときは、私から銀行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、とくに申出をしない限り、銀行はこの契約が終了したものと取扱ってさしつかえありません。
- 4.この預金口座振替についてかりに紛議が生じても、銀行の責めによる場合を除き、銀行には迷惑をかけません。  
 ※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。  
 詳しくは、ゆうちょ銀行のホームページをご覧ください。

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承知いたします。