

医療保険キュア・ネクスト〈かんたんプラン〉生命保険契約申込書
[無配当・無解約払戻金型医療保険(2022)]
七大生活習慣病入院給付特利適用なし・先進医療特約(2018)

ORIX オリックス生命

コ_5

オリックス生命保険株式会社 御中

308C11



裏面の誓約・同意事項を必ずご確認ください。

ID

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。

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、改めてお客様のご意向をご確認ください。>

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)
医療保険キュア・ネクスト	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	-	-

◎:主契約(無解約払戻金型医療保険(2022))の保障 ○:特約(終身保険特約(無解約払戻金型)(医療保険(2022)用))を付加した場合の保障

この保険商品の保障内容は、お客様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様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6-1「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 <input checked="" type="checkbox"/> をしてください。
【保障内容】病気やケガによる入院や手術を保障する「医療保障」を確保することができます。また、特約を付加することで、死亡の保障を確保することができます。
①保障内容(給付金・保険金)等の支払事由などはご意向に沿っていますか。
②給付金(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ていますか。

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。

フリガナ	性別 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 年齢
必須 氏名(自署)	生年月日 昭和 年 平成 月 令和 年 月 日
●裏面記載の解約払戻金および新たな保険に契約し直す場合に関する説明について了承しました。 ●「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」を受領し、内容を理解しました。 ●裏面記載された事項について薦め・同意します。	
住所	〒 ()
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 () 宅宅 ()

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	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、事実に相違ありません。
自署	<input checked="" type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input checked="" type="checkbox"/> 後見人 <input checked="" type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 甥・姪 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 甥・姪

・指定代理請求特約を付加します。

フリガナ	被保険者から見た続柄 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input checked="" type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input checked="" type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 甥・姪
氏名	inq no. key line
会社使用欄	申込書受領日 令和 年 月 日 Type

◎切り取らずに折り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・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「ありのまゝ」正確に「もれなく」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。

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 申込日・告知日(記入日) 9 被保険者 氏名 10 身長 体重
必須 令和 年 月 日 必須 こちらにご署名ください11 他社加入状況 他社で現在ご加入または申込中の
入院給付金額合計 (がん保険を除く) 円 繙続する 繙続しない

12 被保険者のご職業 勤務先名・屋号 勤務先電話番号 ()

以下の一~16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。

①会社経営(会社役員) 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。

②事業・営業・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③地下工作者、海中作業者
採石・岩石・砂利運搬作業者、爆破作業者④高所作業者(建設、ビルの窓拭き等)、
電気工事(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)⑤トラック・バイクの運転手、飲食業従事者(スナック等)、
産業廃棄物処理

⑩その他 具体的な職務内容

⑪勤務先名 ⑫主婦・主夫

⑬乳幼児・児童・生徒・学生

⑭家事手伝い

⑮無職 年々金生活者の方は
⑯その他

⑪~⑯を選択した方

⑪~⑯を選択した方

◎切り取らずに折りたんでご返送ください

13 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

14 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、A~C欄へ記入してください。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。

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。

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。

4 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1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2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る診察・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る投薬とは、合計7日分以上の薬を処方された場合をさします(薬を飲まなかった場合や受け取らなかった場合も含みます)。

右上の別表および「7日以上の期間にわたる」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(乳幼児健診や、自主的にうけた臓器ドック・がん検査を含みます)。

▲「要経過観察」は「指摘なし」にをしてください。▲健康診断等をうけていない場合は「うけていない」にをしてください。

臓器 心臓・腎臓・肝臓 すべての胃腸・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 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・精密検査を要する・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

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)

▲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。

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。

◎切り取らずに折りたんでご返送ください

6-1 ご希望のコース 必須		かんたんプラン<終身保障プラス>		
1つに <input checked="" type="checkbox"/> をしてください。	<input checked="" type="checkbox"/> 日額 10,000円コース	<input checked="" type="checkbox"/> 日額 7,000円コース	<input checked="" type="checkbox"/> 日額 5,000円コース	
	10,000円	7,000円	5,000円	
終身保険特約(無解約払戻金型) (医療保険(2022)用)*1	保険金額 100万円	保険金額 70万円	保険金額 50万円	(主契約入院給付金額の100倍)
先進医療特約(2018)*2	付加	付加	付加	
保険期間・保険料払込期間	終身	終身	終身	
保険料(払回数:月払)	円	円	円	円

*1 契約年齢が14歳以下の場合は付加できません。

*2 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。

・責任開始に関する特約を付加します。

かんたんプラン	
<input checked="" type="checkbox"/> 日額 10,000円コース	<input checked="" type="checkbox"/> 日額 7,000円コース
10,000円	7,000円
-	-

付加

終身

付加

終身

◎切り取らずに折りたんでご返送ください

フリガナ	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。	生年月日	昭和 平成 令和

<tbl_r cells="4" ix="2" maxcspan="1" maxr

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・収集する場合があります。
- 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、下記案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。

- 医療保険キュア・ネクスト（無解約払戻金型医療保険（2022））について、下記事項を了承します。

① 解約払戻金について

医療保険キュア・ネクスト		
	終身払の場合	なし
主契約	終身払以外の場合	保険料払込期間中：なし 保険料払込満了後：主契約入院給付金額の10倍
先進医療特約（2018）		
終身保険特約（無解約払戻金型）（医療保険（2022）用）		なし

- 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。

- 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。

- 「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）
--

- ③ 新たな保険に契約し直すことでの不利益となることがあります。

- 例：1)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。

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私が特別の提出をしない限り、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、会員番号・有効期限が変更された場合には、貴社へクレジット収納代行会社からの旨が通知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・有効期限が変更になった場合には、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）に預金口座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勘定規定にかかるわざ、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（当座貸越を利用して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。

■給付金・一時金

医療保険キュア・ネクスト

1 入院支払限度日数	60日型
手術給付金	・入院中の場合： 1回につき主契約入院給付金額の20倍 ・上記以外の場合：1回につき主契約入院給付金額の5倍
先進医療特約（2018）	・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円） ・先進医療一時金：先進医療給付金の支払額の10%相当額（1回の療養につき50万円限度）

●給付金受取人……被保険者

以上