

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。**

30EC19  
 ID  
 申込番号

**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。)

◎:主契約の保障 ○:特約付加時の保障

当のご意向(資料のご請求時など)	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)	がんにも備える保障	貯蓄(老後生活資金・教育資金の準備等)
最終的なご意向(お申込み時)	○	◎	-	-

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すか?  
**ご確認のうえ、右の「はい」に☑をしてください。**

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。)

●医療保険キュア・サポート・プラスは、持病がある方、入院経験がある方もご加入しやすいよう告知いただく項目を限定し、引受基準を緩和した商品です。  
 ●そのため、**当社の他の商品に比べて保険料が増加しています。**  
 ●健康状態によっては、**保険料が増加してない当社の他の商品にご加入いただける場合があります。**

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】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(給付金(保険金)等の支払事由など) ●給付金(保険金)等の金額・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医療保険キュア・サポート・プラスが当社の他の医療保険に比べて保険料が増加していること、また健康状態によっては保険料が増加してない当社の他の医療保険にご加入いただける場合があることを、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た内容になっていますか。

ご確認欄 意向に沿っている  意向に沿っていない

**3 保険契約者 兼 被保険者** ※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。

フリガナ  
 氏名(自署) **署名**  
 性別  男  女 年齢 歳  
 生年月日 昭和 平成 年 月 日

住所  
 〒 都 道 府 県  
 電話番号 可能な限り携帯電話番号をご記入ください。 自宅 ☎

**4 指定代理請求人** ※契約者をご記入ください。

フリガナ  
 氏名 契約者以外の方を1名のみご指定ください。

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

指定代理請求特約を付加します。

会社使用欄  
 申込書受領日 令和 年 月 日 Type

下のページの告知書もご記入ください。

**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

**ご記入前に必ずお読みください**

**用語解説**

**入院・手術とは**  
 ■入院…治療のための入院(教育入院を含む)、検査入院のいずれの場合も告知の対象となります(正常分娩のための入院は告知の対象から除きます)。また、「日帰り」の入院も該当します。  
 ■手術…一切開胸・帝王切開・内視鏡・レーザー・体外衝撃波療法(ESWL)・カテーテル・放射線等を含みます。また、「日帰り」の手術も該当します。

**投薬とは**  
 病院や診療所で薬の処方のみをうけた場合を含みます。

**がんまたは上皮内新生物とは**  
 ■がん…癌・白血病・肉腫・骨髄腫・悪性リンパ腫等の悪性新生物をいいます。  
 ■上皮内新生物…高度異形成・上皮内がんを含みます。

**質問項目 1** ●「検査をすすめられたこと」とは、健康診断・人間ドックまたは医療機関を受診した結果、診断確定のための再検査・精密検査をすすめられたことをいいます。ただし、再検査・精密検査の結果、異常がなく診療終了した場合は除きます。

**質問項目 3** ●「アルコール依存症」には、慢性アルコール中毒・アルコール精神病を含みます。  
 ●第3項の「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せん。

**5-1 ご希望のコース\***  
\*契約年齢によってお申込みいただけるコースが異なります。

1つに☑をしてください。	A.死亡保障付きプラン 七大生活習慣病入院給付特約(三大疾病無制限型) 適用あり 引受基準緩和型終身保険特約あり			B.ベーシックプラン 七大生活習慣病入院給付特約(三大疾病無制限型) 適用あり		C.シンプルプラン 七大生活習慣病入院給付特約 適用なし	
	日額 5,000円コース	日額 5,000円コース	日額 3,000円コース	日額 5,000円コース	日額 3,000円コース	日額 5,000円コース	日額 3,000円コース
引受基準緩和型医療保険(2019)	5,000円	5,000円	3,000円	5,000円	3,000円	5,000円	3,000円
引受基準緩和型終身保険特約(低解約払戻金型)(2019)	保険金額 100万円	保険金額 50万円	保険金額 50万円	-	-	-	-
●リビング・ニーズ特約を付加します。							
保険期間・保険料払込期間	終身						
保険料(払込回数:月払)	円	円	円	円	円	円	円
自己宣誓	契約者が米国民・米国居住者等、米国税務義務者に該当する場合は☑をつけてください。						
●責任開始に関する特約を付加します。							

**5-2 死亡保険金受取人** 「A.死亡保障付きプラン」をご選択した場合は、死亡保険金受取人欄を必ずご記入ください。

フリガナ  
 氏名 契約者以外(配偶者または2親等以内の血族)の方をご指定ください。  
 生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日 受取割合  
 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。 被保険者から見た続柄 100%  
 配偶者  父  母  子  
 祖父母  孫  兄弟姉妹

**6 保険料のお支払い** ※A・Bいずれかに☑をつけ、以下のA・B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** 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、ご利用になるクレジットカードとは契約者名義のものに限り、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。)  
 フリガナ  
 氏名 カード有効期限 月 20 年 2023年3月の場合 03月2023年とご記入ください。

☑ 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)** 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を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 申込番号  
 収納企業名 三菱UFJファクター株式会社

フリガナ 契約者から見た口座名義人の続柄  
 氏名 本人  配偶者  親子  口座届出印を押印ください  
 その他(具体的に)

ゆうちょ銀行以外の金融機関 金融機関コード  
 支店コード  
 金融機関使用欄 検 印 印鑑照合 受付印

ゆうちょ銀行 種目コード 契約種別コード 記号(6桁目がある場合は※欄にご記入ください) 番号(右詰めでご記入ください。)  
 1 6 6 3 0 1 0  
 払込先口座番号 00140-9-654553 払込先加入者名 三菱UFJファクター株式会社

お届印

☑ 切り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「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。  
 ※必ずご記入ください

**7 申込日・告知日(記入日)** 令和 年 月 日

**8 被保険者氏名** 署名

**9 他社加入状況** 他社で現在ご加入または申込中の保険契約がある場合は、以下にご記入ください。  
 他社入院給付金日額合計(がん保険を除く) 終身特約を付加される場合はご記入ください。  
 円 万円  
 病気死亡時の他社保険金額合計  
 継続する  継続しない  継続する  継続しない

**10 勤務先名・屋号** 年収(年金額) 約 万円  
 勤務先電話番号 ( )

以下の①~⑭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 ⑦を選択の場合は[]内もご記入ください。 勤めていない方

被保険者のご職業  
 ①会社経営(会社役員)  ⑤建設業(高所作業なし)、  
 ②事務・営業・企画・販売・システム、医療・福祉・業従事・公務員  ⑥自衛官・海上保安官(内勤除く)、トラック・バイクの運転手  
 ③地下作業員、海中作業員、採石・採石・砂利運搬業者、爆破業者  ⑦フリーター  ⑧主夫・主夫  
 ④高所作業員(建設、ビルの窓拭き等)、高圧電気(200V超)取扱作業員、林業従事者、漁船乗組員(500トン未満の船舶)  ⑨学生  
 ⑩年金生活者・不動産収入生活者  ⑪金融資産生活者  
 ⑫家事手伝い  ⑬無職者

**11** ⚠️ 告知書記入前に左面を必ずお読みください。各質問中の下線のことは左面の用語解説をご確認ください。

各項目中の質問につき、1つ以上該当する場合は「はい」に☑をしてください。該当しない場合は「いいえ」に☑をしてください。  
 なお、「はい」に該当する場合は、お申込みいただけません。

1 最近3か月以内に、医師から**入院・手術・検査**のいずれかをすすめられたことがありますか。  いいえ  はい

2 過去2年以内に、病気やケガで**入院**をしたこと、または**手術**をうけたことがありますか。  いいえ  はい

3 過去5年以内に、**がんまたは上皮内新生物・肝硬変・統合失調症・認知症・アルコール依存症**で、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。  いいえ  はい

**「はい」に☑がある場合、お申込みいただけません。**

## 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が必要な場合、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。

- 医療保険キュア・サポート・プラス（無配当引受基準緩和型医療保険（2019））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・サポート・プラス

	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：主契約入院給付金日額の10倍
引受基準緩和型 終身保険特約（低解約払戻金型）（2019）		低解約払戻金期間中に解約した場合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。

- 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。

### ■ 給付金・一時金

#### 医療保険キュア・サポート・プラス

1 入院支払限度日数		60日型
七大生活習慣病入院給付特則を適用しない場合		60日（通算1,000日）
七大生活習慣病入院給付特則（三大疾病無制限型）を適用した場合	七大生活習慣病（三大疾病） 七大生活習慣病（三大疾病以外）	無制限 120日（通算1,000日）
上記以外		60日（通算1,000日）
手術給付金		・入院中の場合：1回につき主契約入院給付金日額の10倍 ・上記以外の場合：1回につき主契約入院給付金日額の5倍

- 給付金受取人……被保険者

### 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。

#### ー 預金口座振替規定（ゆうちょ銀行を除く）ー

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、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（当座買越え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十分に協議が生じても、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。

以上