

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。

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。〉

当初のご意向(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、○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。〉

●終身保険ライズ・サポート・プラスは、持病がある方、入院経験がある方が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、当社の他の終身保険に比べて保険料が割増しされています。
 ●健康状態によっては、保険料が割増しされていない当社の他の終身保険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】 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終身保険ライズ・サポート・プラスが当社の他の終身保険に比べて保険料が割増しされていること、また健康状態によっては保険料が割増しされていない当社の他の終身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 ※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)
性別(男/女) 年齢 歳
生年月日 昭和/平成 年 月 日

自己宣誓
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。

住所
自宅 () 日中の連絡先 ()

申込書受領日 令和 年 月 日 Type
 inq no. key line

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」「正確にもれなく」ご記入ください。

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 切開術・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受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、異常がなく診療完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・検査を行うことを含みません。

4 保険料コース*

ご希望のコース1つに○をしてください。	4口 12,000円コース	3口 9,000円コース	2口 6,000円コース	1口 3,000円コース
保険金額	円	円	円	円

保険期間・保険料払込期間
終身

払込回数
月払

※保険料の自動振替貸付の適用はありません。
 ※責任開始に関する特約を付加します。・指定代理請求特約を付加します。・リビング・ニース特約を付加します。
 ※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。

5 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 契約者以外の方をご指定ください。
生年月日 昭和/平成/令和 年 月 日
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 (配偶者) (父) (母) (子) (祖父母) (孫) (兄弟姉妹)

受取割合
100%

6 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)

7 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)

A 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です。
 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)
 カード有効期限 月 20 年

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いので、裏面記載事項を確約のうえ依頼します。

口座名義人
 フリガナ
氏名
 口座名義人は原則保険契約者と同じ、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。
 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)

お届印
 口座届出印を押印ください

▼日常的にご利用の個人名義の口座をご指定ください。

ゆうちょ銀行 金融機関コード 支店コード
 預金種目 1. 普通預金 口座番号
 銀行(信金・信組) 支店(本店) 出張所
 金融機関コード 支店コード

金融機関使用欄
 振替日(払込日) 27日 (金融機関外窓口の場合は営業日)

8 記入日 (申込日・告知日) 令和 年 月 日

11 年取 約 万円

9 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」の内容を理解しました。

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、以下にご記入ください。
 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)

10 勤務先名・屋号(学校名) 勤務先電話番号 ()

以下の①～⑬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⑩を選択してください。

勤めている方 (○を2つ以上選択の場合は) 内もご記入ください。
 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、公務員 3. 地下作業者、海中作業者、採石・岩石・砂利運搬作業、壊破作業 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(500ト未満の船舶) 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 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。 7. その他 具体的な職務内容

勤めていない方
 8. 主婦・主夫 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

13 告知書に左面を必ずお読みください。各質問中の下線のことばの説明は、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。

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、または手術を受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、取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。
-
- 終身保険ライス・サポート・プラス〈無配当引受基準緩和型終身保険(低解約払戻金型)(2019)〉について、下記事項を了承します。
 - 低解約払戻期間中に解約した場合の主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。
 - ※低解約払戻期間経過後に解約した場合でも、低解約払戻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。

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、貴社へクレジット取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）はこの契約が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。