



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。 **申込書は全事項を契約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)	がんが備える保障	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)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

◎:主契約の保障 ○:特約付加時の保障

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。

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 新キュア・サポートは、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、当社の他の商品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商品にご加入いただける場合があります。
 ●契約日からその日を含めて1年以内(支払削減期間)に支払事由に該当した場合には、給付金・一時金・保険金のお支払額は50%に削減されます(災害死亡を除く)。
 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、がん、重度三疾病、死亡の保障を確保することができます。

①下記の内容は、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 新キュア・サポートが当社の他の医療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。

取扱者

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 性別 (男) (女) 年齢 歳

氏名(自署)

住所

自宅 ☎ () 日中の連絡先 ☎ ()

署名

●裏面記載の解約払戻金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。
 ●裏面に記載された事項について誓約・同意します。

申込書受付日 平成 年 月 日 Type

申込書受付日 平成 年 月 日 Type

申込書受付日 平成 年 月 日 Type

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、異常がなく診療完了した場合は除きます。
- 質問項目2**
- 「慢性肝炎」には、慢性B型肝炎・慢性C型肝炎を含みます。
 ※ウイルスキャリアは含みません。
 ●第2項の「診察・検査」には、がんまたは上皮内新生物の治療終了後の経過観察のための診察・検査を含みません。
- 質問項目5**
- 「診断確定」には再発や転移を含みます。
 ●第5項の「診察・検査」には、がんまたは上皮内新生物の治療終了後の経過観察のための診察・検査を含みます。
 ●「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・経過観察後に検査が必要・医師から定期的に経過観察の必要があると指示をうけている状態
- 【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・精検を要する・精査を要する・さらに詳しい検査が必要
- 【要治療】**
 例) 治療が必要・治療中・治療継続・要医療
- ※ただし、再検査・精密検査の結果、以下のいずれかの場合を除きます。
 ・「良性」と診断をうけた場合
 ・「異常なし」と診断をうけた場合
- 質問項目6**
- 外傷性のものは含みません。

4 ご契約プラン ※ご希望のプラン1つに○をつけてください。
 主契約:引受基準緩和型医療保険(2015)*

基本プラン 七大生活習慣病入院給付特約 適用なし
 生活習慣病充実プラン 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

●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。

5 コース ※ご希望のコース1つに○をつけてください。
 入院給付金日額

10,000円	コース
5,000円	コース
3,000円	コース(60歳~85歳限定)

引受基準緩和型先進医療特約*

付加
 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。

保険期間・保険料払込期間
 終身

6 特約 ※付加される場合はご記入ください。

がん一時金特約*	重度三疾病一時金特約	終身保険特約(低解約払戻金型)(2015)*	自己宣言
一時金額 <input type="text"/> 万円	一時金額 <input type="text"/> 万円	保険金額 <input type="text"/> 万円	契約者が米国市民、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。

●リビング・ニース特約を付加します。

*契約日からその日を含めて1年以内(支払削減期間)に支払事由に該当した場合には、給付金・一時金・保険金の支払額は50%に削減されます(災害死亡を除く)。

7 払込回数

月払
 半年払
 年払

8 保険料

千 円

特約を付加される場合は主契約との合計をご記入ください。

9 死亡保険金受取人 ※終身保険特約を付加する場合のみ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 年 月 日

住所

被保険者から見た続柄 (配偶者) (父) (母) (子) (祖父) (祖母) (孫) (兄弟姉妹)

受取割合 100%

引受基準緩和型終身保険特約(低解約払戻金型)(2015)を付加しない場合は、ご記入は無効となります。

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

契約者以外の方を1名のみ指定ください。

被保険者から見た続柄 (配偶者) (父) (母) (子) (祖父) (祖母) (孫) (兄弟姉妹)

11 保険料のお支払い

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 指定の口座から振替 (口座振替特約)

A 保険料クレジットカード払申込書
 ▼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。

ご契約者氏名(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 2018年6月の場合06月2018年とご記入ください。

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、右記取納企業から請求されたオリックス生命保険(株)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。

取納企業名 三菱UFJファクター株式会社

提出日(記入日) 平成 年 月 日

口座届出印を押印ください

お届印

捺印

▼日常的にご利用の個人名義の口座をご指定ください。

この預金口座振替依頼書・申込書に不備がありましたら下記該当事項に○印をつけて三菱UFJファクター(株)にご送付ください。
 (不備事項) 1. 振込取引なし 2. 記帳事項等不備 3. 印鑑相違 4. その他

〒101-8637 東京都千代田区神田淡路町2丁目101番地
 フォスター 三菱UFJファクター株式会社(ワイドネット)
 TEL 03-3251-8091

金融機関使用欄
 種別 印 印刷箇所 受付印

振替日(払込日) 27日 (金融機関休業日の場合は翌営業日)

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 (申込日・告知日) 平成 年 月 日

13 被保険者氏名

15 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

16 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) 円 継続する / 継続しない

終身特約を付加される場合はご記入ください。 病気で亡くなった時他社保険金額合計 万円 継続する / 継続しない

14 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①~③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⑧を選択してください。

勤めている方 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・採石・砂利運搬/産者、壊破作業者 ④ 高圧作業員(建設、ビル等の吊り上げ等)、高圧電線(20kV超)東横作業員、林業従事者、漁船乗組員(500トン未満の船舶)

勤めていない方 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 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

17 告知書記入前に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。

各質問中の質問につき、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。

いずれか1つでも「はい」に該当する場合、ご契約をお引受けできません。

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

2 最近3か月以内に、**がんまたは上皮内新生物**・慢性肝炎・肝硬変 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

3 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

4 過去5年以内に、**がんまたは上皮内新生物**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

引受基準緩和型がん一時金特約をお申込みの方は5項にもご回答ください。
 引受基準緩和型重度三疾病一時金特約をお申込みの方は5項と6項にもご回答ください。

5 過去5年以内に、**がんまたは上皮内新生物**・肝硬変 で医師による診断確定・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。 また、過去2年以内に、医師の診察・検査・健康診断・がん検診・人間ドックをうけて、しゅよう**がんまたは上皮内新生物**・ポリープ・しゅりゅう・胸のしこり・子宮けい部異形成で異常を指摘されたことがありますか。 いいえ はい

6 過去2年以内に、心筋こうそく(急性心筋こうそく・再発性心筋こうそく)、または脳卒中(くも膜下出血・脳内出血・脳こうそく)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

回答が必要な質問項目について「はい」に該当する場合、その特約は付加できません。