

ALSOKの皆さまへ

オリックス生命の医療保険キュア・ネクストのご案内

男性・女性
のための

保険料はお手頃、七大生活習慣病に手厚い
一生涯保障の医療保険



ご契約例：30歳男性 60日型 月額10,000円コース
 キュア・ネクスト<三大疾病無制限プラン>
 団体扱/特定三疾病保険料払込免除特別適用なし/
 先進医療特約(2018)付加*/終身払

月々の保険料 **2,669円**

- 1 充実の一生涯保障が手頃な保険料で備えられます!
- 2 七大生活習慣病に手厚い!
- 3 保険料は一生涯上がりません!

保障内容例【60日型(三大疾病無制限プラン)、先進医療特約(2018)付加の場合】

月額 10,000円 コース	病気・ケガ入院 1日につき 10,000円 日帰り入院からOK! 約款所定の手術 入院中 1回につき 20万円 何度でもOK! 約1,000種類を手厚く保障! 外来 1回につき 5万円
	先進医療* 先進医療による療養を(先進医療給付金)受けたとき 先進医療給付金が(先進医療一時金)支払われる療養を受けたとき 先進医療にかかる技術料と同額(通算2,000万円限度) 先進医療給付金の10%相当額(1回の療養につき50万円限度)
	健康保険のきかない

がん	入院時の支払日数	無制限
心疾患	脳血管疾患	
糖尿病	高血圧性疾患	1入院につき 120日 まで保障
肝硬変	慢性腎臓病	

上記以外の病気・ケガの場合、1入院60日 通算1,000日まで保障

月払保険料例(左の保障内容例の場合)
【団体扱・終身払】

月額 10,000円 コース	契約年齢	30歳	40歳	50歳
	男性	2,669円	3,869円	5,729円
	女性	3,079円	3,699円	5,079円

女性には

女性特有の病気とすべてのがんに特に手厚い医療保険
オリックス生命の「キュア・レディ・ネクスト」



ご契約例：30歳女性 60日型 月額10,000円コース
 (主契約10,000円+女性入院特約(2007)5,000円)
 キュア・レディ・ネクスト<三大疾病無制限プラン>
 団体扱/特定三疾病保険料払込免除特別適用なし/先進医療特約(2018)付加*/終身払

月々の保険料 **3,534円**

持病が
ある方には

持病や入院・手術経験がある方を一生涯サポートする
医療保険。七大生活習慣病は特に手厚く保障します
(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)。



*医療行為、医療機関および適応症などによっては、給付対象とならないことがあります。同一の被保険者において、先進医療給付のあるオリックス生命の特約の重複加入はできません。
 ●ご契約の際には「契約概要」「注意喚起情報」「ご契約のしおり抜粋」または「ご契約のしおり/約款」を必ずご確認ください。
 ●既往症(過去の病気)、健康状態、職業などによって、引受けを制限させていただくことがあります。あらかじめご了承ください。
 ●保険料は2022年4月2日現在のものです。

お問合せはこちらから!ご相談もお気軽に!



今すぐ! お電話で **0120-88-6891**



FAX 03-6276-2019

FAXは裏面のフォームをご利用ください

メールにてお問合せいただく際は、検討商品・お客さま情報をご記入いただき、以下のアドレスにご連絡ください。



メール **hks-car@alsok-hoken.co.jp**

お客様情報をご記入のうえ、
メールまたは FAX にてご返送ください

メール hks-car@alsok-hoken.co.jp FAX 03-6276-2019

オリックス生命 資料請求用紙

※希望される商品の□欄にチェックしてください(複数資料請求可)。

	病気やケガに備える 医療保険	契約年齢
健康な方向け	<input type="checkbox"/> 医療保険キュア・ネクスト 	80歳 まで
	<input type="checkbox"/> 医療保険キュア・レディ・ネクスト <small>※主契約の日額が5,000円の場合は80歳までお申込み可能です。</small> 	60歳 まで
持病がある方向け	<input type="checkbox"/> 〈引受基準緩和型〉 医療保険キュア・サポート・プラス 	85歳 まで

お申込みを検討されているご本人さまがご記入ください。

お客さま情報	フリガナ			
	お名前			
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
	ご勤務先(原籍)		社員番号	
	資料送付先	〒 -		
	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅			
日中連絡先	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 () <input type="checkbox"/> 携帯	メールアドレス		
●ご家族さまの保障をご希望の場合は、以下の項目をご記入ください。				
フリガナ				
お名前	性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	続柄	

【個人情報の取扱いについて】

ご提供いただいたお客さまの個人情報は、オリックス生命保険株式会社の各種商品やサービスの案内・提供、維持管理に利用させていただきます。また、当社が他の代理店と共同して対応する際には、個人情報が当該代理店に提供されることにつきご了承ください。

募集代理店

ALSOK保険サービス株式会社
〒163-1408 東京都新宿区西新宿3丁目20番2号
東京オペラシティタワー8階
TEL: 0120-88-6891

引受保険会社

オリックス生命保険株式会社
〒100-0004 東京都千代田区大手町2-3-2
大手町プレイス イーストタワー
TEL: 03-3517-4300