

お申込希望書(返信シート)

1

ご案内の商品は、以下の保障を希望されるお客さまにおすすめの商品です。
商品内容がお客さまのご意向に沿っているか、ご確認ください。

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)
—	—	◎	—

2

次のいずれかに○をしてください。

1. 申込みを希望する

2. 説明を聞きたい

3. 興味なし

3

ご本人さまの情報をご記入ください。

フリガナ				昭和	平成				男性	
氏名				生年 月日	年	月	日	年齢	歳	性別
会社名	所属部署		社員コード		所属コード		内線番号		女性	
現住所	〒									
	【ご連絡先TEL】			—			—			【メールアドレス】

4

ご本人さまが希望される保障に○(または記入)をしてください。

がんの保障が一生。解約払戻金をなくし
お手頃な保険料を実現。

基本給付金額 **10,000**円コース

がん先進医療特約 (2018)	がん通院特約	ご希望の 保険料払込期間	ご希望の 保険料払込回数
基本的保障 + 希望する	10,000円 □,000円	60歳払済 65歳払済 終身払	月払 半年払 年払

5

上記でご案内している基本給付金額以外の金額をご希望の場合は、ご記入ください。




基本給付金額

000円

裏面もご確認ください。▶

6

ご家族さまの保障をご希望の場合は、保障の対象となる方の情報をご記入ください。
契約申込書をお届けします。

ご家族さま① 氏名	フリガナ	続柄	生年月日	昭和	平成	令和	年齢	性別	男性	女性
			年 月 日	年	月	日	歳			
		+	がん先進医療特約(2018)	+	がん通院特約		60歳払済	65歳払済	終身払	
ご家族さま② 氏名	フリガナ	続柄	生年月日	昭和	平成	令和	年齢	性別	男性	女性
			年 月 日	年	月	日	歳			
		+	がん先進医療特約(2018)	+	がん通院特約		60歳払済	65歳払済	終身払	
ご家族さま③ 氏名	フリガナ	続柄	生年月日	昭和	平成	令和	年齢	性別	男性	女性
			年 月 日	年	月	日	歳			
		+	がん先進医療特約(2018)	+	がん通院特約		60歳払済	65歳払済	終身払	

7

上記のご案内商品以外をご希望の場合は、以下の保障に○をしてください。

- 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)
- 貯蓄(老後生活資金・教育資金の準備等)

8

〈お客さまからの通信欄〉ご不明点・ご質問等がございましたら、ご記入ください。

- 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。

募集代理店
御中

【個人情報の取扱いについて】

今回提供する個人情報の貴社における利用目的が、貴社が委託を受けている保険会社の各種商品やサービスの案内・提供、維持管理であることを確認しました。また、貴社が委託を受けている保険会社の各種商品やサービスの案内等のために、貴社がその提携先である保険会社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同意します。

●お問合せ先

〈以下または同封の資料等の記載をご確認ください。〉

ALSOK保険サービス株式会社

担当: 保坂・水野

〒163-1408 東京都新宿区西新宿3-20-2

東京オペラシティタワー8階

TEL:03-6276-2011 (内線:81852-225)

2019年5月作成

903H06 ORIX2018-B-167

●引受保険会社



オリックス生命保険株式会社

本社/〒107-0052 東京都港区赤坂2-3-5

赤坂スターゲートプラザ

TEL:03-6862-6300