

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
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	歳	性別	男性	女性
			年 月 日								
	 がん保険	+	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	歳	性別	男性	女性
			年 月 日								
	 がん保険	+	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	歳	性別	男性	女性
			年 月 日								
	 がん保険	+	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。

【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。

●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)

●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

2021年10月作成

903H08 ORIX2021-B-079