

意向チェックシート兼意向確認書

この書面により、今回ご案内させていただいた保険商品がお客様の最終のご意向に沿った内容となっているかを確認させていただきます。また、保険契約者控をお受け取りいただき、大切に保管くださいますようお願いいたします。

意向チェックシート

意向確認書

1 ご提出いただいたご希望書の保障分野は以下のとおりです。

ご希望書などでお申し出いただいたご意向(当初のご意向)	病気(ガンを含む) やケガへの保障を準備したい
ご希望いただいた商品	入院保障保険(終身型 09)
この商品の保障分野の種類	<input type="checkbox"/> 死亡の保障 <input checked="" type="checkbox"/> 病気(ガンを含む) やケガの保障 <input type="checkbox"/> ガンの保障 <input type="checkbox"/> 傷害の保障 <input type="checkbox"/> 介護の保障 <input type="checkbox"/> 資金準備

2 以下の内容をご確認いただき、「はい」に該当する場合は、それぞれに○をしてください。【お客様記入欄】

1	ご希望書などをご記入いただいたときにご意向はお変わりありませんか?	<input checked="" type="checkbox"/> はい
2	パンフレットをご覧いただき、今回ご案内の商品の保障内容をご確認いただけましたか?	<input checked="" type="checkbox"/> はい
3	「特にガンになった場合の保障を充実させたい」ご希望がある場合、以下の特約を付加することでご意向に沿ったお申込みをすることが可能となります。 ・ガン化学療法・緩和療養給付特約 上記特約の付加を希望する場合は、「はい」に○をしてください。	<input checked="" type="checkbox"/> はい
4	ご希望いただいた商品は、「病気(ガンを含む)やケガへの保障」です。 また、3 で付加を選択された場合の特約は、「ガンの保障」です。 お申込みにあたりお客様の「最終のご意向」は上記のとおりでよろしいでしょうか?	<input checked="" type="checkbox"/> はい

「はい」の場合、以下の「意向確認書」の記入にお進みください。

3 お客様のご意向 【お客様記入欄】

お客様の「最終のご意向」は上記「意向チェックシート」のとおりです。お間違いないか今一度ご確認ください。

【その他特記事項】上記の内容では満たせないお客様のご意向がある場合、以下にその詳細をご記入ください。
あり 詳細

4 ご意向とご提案商品について

入院保障保険(終身型 09) がお客様のご意向に沿った保険商品と考えましたので、ご提案させていただきます。	(担当者(生命保険募集人)) 取扱募集代理店名 ブリヂストンビジネスサービス株式会社 担当者名 (引受保険会社) アクサ生命保険株式会社
---	---

5 お申込みいただくにあたりお客様に特に確認いただきたい事項 【お客様記入欄】

お申込みいただくにあたり、お客様に特に確認いただきたい事項となりますので、ご意向に沿っているかお聞かせください。
以下の質問について「はい」「いいえ」のいずれか該当するものにお客様ご自身で○をしてください。

1	お客様ご自身が確認された、「最終のご意向」に沿った商品内容となっていますか。	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2	「ご契約内容」(保険金・給付金の額、保険期間、保険料の額、保険料払込方法・払込期間)、「保障内容」(お支払事由、お支払額、払いもどし金および配当の有無は、ご提案の内容でよろしいでしょうか)。	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
3	「重要事項説明書」の交付を受けるとともに、これらを読むことが重要であることをご理解いただいたうえで、これらの内容をご確認いただきましたか。	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

すべて「はい」の場合、右の「契約申込書兼告知書」の記入にお進みください。

【代理店(営業店) 記入欄】

MAB31

入院保障保険(終身型 09) (60日型) 契約申込書兼告知書
(手術給付特約・代理請求特約付)

保険会社提出用

アクサ生命保険株式会社 行

簡易B告知 代理請求

「意向チェックシート兼意向確認書」の記載内容を確認しました。
申込書裏面記載事項を確認・同意のうえ申込みます。

団体名	株式会社ブリヂストン	顧客番号	220316	制度		入金	
事務所1		事務所2		事務所3		受付番号	9 T 1
氏名コード(前ゼロ10ケタで記入)				受付番号	1-2	受付番号3	

6 から15の項目をご記入・押印ください。

6 顧客記入欄

7 意向確認日・申込日(告知日) 平成 年 月 日

8 契約日 平成 年 月 日

9 保険契約者ご本人がご記入ください

現住所	〒	住所カタカナ	
フリガナ	氏名(自署)	様	
生年月日	昭 平 年 月 日	性別	男 女
被保険者からみた続柄	本人 配偶者 親		

10 保険契約申込印兼意向確認印

「重要事項説明書」(「ご契約の解約と払いもどし金について」の記載部分を含む)および「パンフレット」を受領し、記載内容を了知したうえで申込みます。

11 被保険者欄は保険契約者と異なるときにご記入・押印ください(但し、契約年齢は必ずご記入ください)

フリガナ	氏名(自署)	様	
生年月日	昭 平 年 月 日	性別	男 女
契約年齢	歳		

12 被保険者印

14 死傷受取人

④ 規則による順位の受取人

保険料払込期間が65歳の場合
左記の受取人に○をしてください。
※保険料払込期間が終身の場合
死亡保険金不担保特約(入院保障保険(終身型 09)用)が付加されますので受取人は指定できません。

15 契約内容

選択方法	⑤ 告知書扱		
主契約	ご希望に○をしてください	特約	ご希望に○をしてください
入院給付金日額	5,000円	保険期間	終身
払込期間	③ 65歳	特約名称	セット特約 手術給付特約
または	000円	特約の付加	④ 付加する
払込方法	⑧ 月払	特約 I 先進医療給付特約(12)	⑥ 付加する
		特約 II 手術補完給付特約<給付倍率5倍>	① 付加する
		特約 III 3大疾病診断給付特約(03)	⑦ 付加する
		特約 IV 生活習慣病入院給付特約(09)<120日型・II型>	③ 付加する
		特約 V ガン化学療法・緩和療養給付特約(終身払のみ)	⑧ 付加する
		給付金日額等	主契約日額と同額
			先進医療に係る技術料と同額(上限 1,000万円)
			主契約日額と同額
			主契約日額の100倍
			主契約日額と同額
			5万円

※保険料払込期間が終身の場合、死亡保険金不担保特約(入院保障保険(終身型09)用)が付加されますので、死亡保険金はありません。
※保険料払込期間が65歳の場合、死亡保険金は入院給付金日額の10倍となります。
※セット特約・特約I・特約IIの保険期間・払込期間は主契約と同一となります。
※特約IIIの保険期間は80歳、払込期間は主契約と同一となります。(主契約が終身払の時は80歳)
※特約IVの保険期間・払込期間は10年となります。

16 裏面告知欄も必ずご記入ください。

取扱者1		計上所管店		計上チャネル	0	成績計上	0	申込経路	1	責任開始日	年 月 日
総合判定	①	解約証券番号		取扱者2		割合					

大切な
ご本人がご記入ください。
※被保険者記入欄以外はすべて保険契約者
の印鑑をお忘れなく押印ください。※スタンプ印は使用できません。

意向が異なる場合は、あらかじめ意向をうかがいますので、取扱募集代理店またはアクサ生命までご連絡ください。

「いいえ」が1つでもある場合は、お客様の意向に沿っていない保険商品となりますので、本保険商品へのお申込みはできません。

意向チェックシート兼意向確認書

この書面により、今回ご案内させていただいた保険商品がお客様の最終のご意向に沿った内容となっているかを確認させていただきます。また、保険契約者控をお受け取りいただき、大切に保管くださいますようお願いいたします。

意向チェックシート

意向確認書

1 ご提出いただいたご希望書の保障分野は以下のとおりです。

ご希望書などでお申し出いただいたご意向(当初のご意向)	病気(ガンを含む) やケガへの保障を準備したい		
ご希望いただいた商品	入院保障保険(終身型 09)		
この商品の保障分野の種類	<input type="checkbox"/> 死亡の保障	<input checked="" type="checkbox"/> 病気(ガンを含む) やケガの保障	<input type="checkbox"/> ガンの保障
	<input type="checkbox"/> 傷害の保障	<input type="checkbox"/> 介護の保障	<input type="checkbox"/> 資金準備

2 以下の内容をご確認いただき、「はい」に該当する場合は、それぞれに○をしてください。【お客様記入欄】

1 ご希望書などをご記入いただいたときにご意向はお変わりありませんか？ はい いいえ

2 パンフレットをご覧いただき、今回ご案内の商品の保障内容をご確認いただけましたか？ はい いいえ

3 「特にガンになった場合の保障を充実させたい」ご希望がある場合、以下の特約を付加することでご意向に沿ったお申込みをすることが可能となります。
・ガン化学療法・緩和療養給付特約
上記特約の付加を希望する場合は、「はい」に○をしてください。 はい いいえ

4 ご希望いただいた商品は、「病気(ガンを含む)やケガへの保障」です。
また、3 で付加を選択された場合の特約は、「ガンの保障」です。
お申込みにあたりお客様の「最終のご意向」は上記のとおりでよろしいでしょうか？ はい いいえ

「意向が異なる場合は、あらかじめ意向をうかがいますので、取扱募集代理店またはアクサ生命までご連絡ください。」

「はい」の場合、以下の「意向確認書」の記入にお進みください。

3 お客様のご意向 【お客様記入欄】

お客様の「最終のご意向」は上記「意向チェックシート」のとおりです。お間違いないか今一度ご確認ください。

【その他特記事項】上記の内容では満たせないお客様のご意向がある場合、以下にその詳細をご記入ください。

あり 詳細

4 ご意向とご提案商品について

(担当者(生命保険募集人)) 取扱募集代理店名	ブリヂストンビジネスサービス株式会社
担当者名	
(引受保険会社)	アクサ生命保険株式会社

入院保障保険(終身型 09)がお客様のご意向に沿った保険商品と考えましたので、ご提案させていただきます。

5 お申込みいただくにあたりお客様に特に確認いただきたい事項 【お客様記入欄】

お申込みいただくにあたり、お客様に特に確認いただきたい事項となりますので、ご意向に沿っているかお聞かせください。
以下の質問について「はい」か「いいえ」のいずれか該当するものにお客様ご自身で○をしてください。

1 お客様ご自身が確認された、「最終のご意向」に沿った商品内容となっていますか。 はい いいえ

2 「ご契約内容」(保険金・給付金の額、保険期間、保険料の額、保険料払込方法・払込期間)、「保障内容」(お支払事由、お支払額、払いもどし金および配当の有無は、ご提案の内容でよろしいでしょうか。 はい いいえ

3 「重要事項説明書」の交付を受けるとともに、これらを読むことが重要であることをご理解いただいたうえで、これらの内容をご確認いただきましたか。 はい いいえ

すべて「はい」の場合、右の「契約申込書兼告知書」の記入にお進みください。

【代理店(営業店) 記入欄】

MAB31

入院保障保険(終身型 09)〈60日型〉契約申込書兼告知書

(手術給付特約・代理請求特約付)

保険契約者控

アクサ生命保険株式会社 行

「意向チェックシート兼意向確認書」の記載内容を確認しました。
申込書裏面記載事項を確認・同意のうえ申込みます。

7 意向確認日・申込日(告知日) 平成 年 月 日

8 契約日 平成 年 月 日

9 保険契約者ご本人がご記入ください

現住所	〒	住所カタカナ
氏名(自署)	フリガナ	10 保険契約申込印 兼意向確認印
生年月日	昭和 平成 年 月 日 性別 男 女	
被保険者からみた続柄	本人 配偶者 親	

「重要事項説明書」(「ご契約の解約と払いもどし金について」の記載部分を含む)および「パンフレット」を受領し、記載内容を了知したうえで申込みます。

11 被保険者欄は保険契約者と異なるときにご記入・押印ください(但し、契約年齢は必ずご記入ください)

氏名(自署)	フリガナ	13 被保険者印
生年月日	昭和 平成 年 月 日 性別 男 女	
契約年齢	歳	

契約内容を了知し、契約締結に同意します。

14 死傷受取人

④ 規則による順位の受取人

保険料払込期間が65歳の場合
左記の受取人に○をしてください。
※保険料払込期間が終身の場合
死亡保険金不担保特約(入院保障保険(終身型 09)用)が付加されますので受取人は指定できません。

15 選択方法 ⑤ 告知書扱 ○ ()

主契約	ご希望に○をしてください		特約		ご希望に○をしてください	
入院給付金日額	保険期間	払込期間	特約名称	特約の付加	給付金日額等	
いずれかに○をしてください。 5,000円以外をご希望の場合は、入院給付金日額もご記入ください。	① 終身 無事故割引 特則なし	① 終身 無事故割引 特則なし	セット特約 手術給付特約	Ⓐ 付加する	主契約日額と同額	
5,000円	終身	③ 65歳 無事故割引 特則なし	特約Ⅰ 先進医療給付特約(12)	Ⓑ 付加する	先進医療に係る技術料と同額 (上限 1,000万円)	
または			特約Ⅰ 手術補完給付特約<給付倍率5倍>	Ⓒ 付加する	主契約日額と同額	
000円			特約Ⅲ 3大疾病診断給付特約(03)	Ⓓ 付加する	主契約日額の100倍	
			特約Ⅱ 生活習慣病入院給付特約(09)<120日型・Ⅱ型>	Ⓔ 付加する	主契約日額と同額	
払込方法	⑧ 月払 ○		特約Ⅳ ガン化学療法・緩和療養給付特約(終身払のみ)	Ⓕ 付加する	5万円	

※保険料払込期間が終身の場合、死亡保険金不担保特約(入院保障保険(終身型09)用)が付加されますので、死亡保険金はありません。
※保険料払込期間が65歳の場合、死亡保険金は入院給付金日額の10倍となります。
※セット特約・特約Ⅰ・特約Ⅱの保険期間・払込期間は主契約と同一となります。
※特約Ⅲの保険期間は80歳、払込期間は主契約と同一となります。(主契約が終身払の時は80歳)
※特約Ⅳの保険期間・払込期間は10年となります。

保険契約者様への大切なお願い
2枚目は保険契約者控です。お手元で大切に保管ください。
当該保険契約の保険契約者と被保険者が異なる場合、3枚目の被保険者控を必ず被保険者の方へお渡してください。

保険契約申込時同意事項

申込人(保険契約者)および被保険者は、アクサ生命保険株式会社(以下「アクサ生命」)への保険契約申込に際し、以下の各項目について確認・同意します。

1. 個人情報のお取扱いについて

- アクサ生命は、お客さまの個人情報(医療・健康等に関する機微情報を含む)を、①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、②関連会社・提携会社を含む各種商品・サービスのご案内・ご提供、ご契約の維持管理、③当社業務に関する情報提供・運営管理、商品・サービスの充実、④その他保険に関連・付随する業務のために利用します。なお、機微情報は、保険業法施行規則のとおり、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定して利用します。また、当該機微情報は、業務上適切な範囲で、この保険契約を取扱った生命保険募集人等(募集代理店を含む)に開示される場合があります。
- 保険契約について引受リスクを適切に分散させるために再保険(再々保険以降の出再を含む。以下「再保険」)を行う場合、再保険の引受け、維持・管理、保険金等の支払いに必要な個人情報を再保険会社に対し提供することがあります。
- アクサ生命は、団体扱・集団扱等でお客さまが保険にご加入される場合、利用目的達成のために業務上必要な範囲で、お申込み内容等の個人情報を、お客さまの所属する団体等へ提供することがあります。
- 契約締結、契約内容変更、保険金・給付金支払い等の可否を判断するうえでの参考とするため、個人情報を他の生命保険会社、(一社)生命保険協会等と共同して利用します。
- その他、アクサ生命の個人情報に関する取扱いに関しての詳細はアクサ生命ホームページ(<http://www.axa.co.jp/>)掲載の「個人情報の取扱いについてープライバシーポリシー」をご確認ください。

2. その他の同意事項について

- アクサ生命の照会に対し、被保険者を診察した医師がアクサ生命にその健康状態について報告すること、並びにアクサ生命またはアクサ生命の委託先の担当者が申込内容や告知内容の問合せのために、保険契約者・被保険者の現住所等を訪問または電話照会することがあること。
- アクサ生命に提出したこの保険契約申込書および告知書等については返却されないこと。
- 契約者が法人かつ死亡保険金受取人が契約者(死亡保険金が無い場合は除く)の場合については、代理請求特約が付加されないこと。

3. その他の留意事項について

- 「重要事項説明書」にはご契約に関する大切なことがらが記載されています。保険契約申込書を記入される前に、必ずご覧ください。

給付金などのお支払いは、責任開始期以後に発生した不慮の事故あるいは発病された疾病を直接の原因とし、責任開始期以後に支払事由に該当した場合に限りお支払いいたします。
発病の詳細説明はパンフレット(または重要事項説明書「注意喚起情報」)にてご確認ください。

被保険者告知欄記入上の留意事項

被保険者様に告知いただく内容は下記の内容です。下記記載の留意事項をお読みのうえ、保険会社提出用の被保険者告知欄にご記入いただきますようお願いいたします。

ア	告知欄質問内容	申込日現在、病気やけがで入院中、または入院か手術をすすめられていますか
	留意事項	●「病気やけがで入院中」、「入院か手術をすすめられていますか」のいずれか1つでも該当の場合は「はい」と告知してください。
イ	告知欄質問内容	申込日より過去1年以内に病気で、継続して10日以上以上の入院をしたことがありますか
	留意事項	●「継続して10日以上以上の入院」とは、1日も途切れずに連続して10日以上入院された場合をいいます。 ●退院後、別の病院へ転院した場合や同一病院で転科した場合でも、入院日数が連続して10日以上であれば、「はい」と告知してください。
ウ	告知欄質問内容	申込日現在、妊娠していますか
	留意事項	●申込日現在で妊娠している場合は「はい」と告知してください。

以下のエは、ガン化学療法・緩和療養給付特約をお申込みされた方のみ告知いただく内容です。

エ	告知欄質問内容	今までに、ガン・悪性新生物(肉腫・白血病・悪性リンパ腫・多発性骨髄腫を含みます) および上皮内新生物(上皮内ガン)で、医師の診察・検査・治療・投薬・手術を受けたことや入院をしたことがありますか
	留意事項	●「今までに」とは、生まれてから告知日現在までのすべての期間をいいます。

告知に関する重要なお知らせ

被保険者告知欄は、被保険者様をご自身で、ありのままを正確にもれなくご記入ください。

被保険者告知欄は、ご契約をお引受けするかどうかを決める重要な事項です。もしこれらの事項について**事実をご記入にならなかったり、ご記入いただいた内容が事実と違っていた場合には、ご契約が解除されたり、保険金や給付金等の支払いを受けられないことがあります**。ご契約が解除となる場合、払いもどし金があるときは、その払いもどし金をご契約者にお支払いいたします。ご契約の内容や契約日からの経過期間によって払いもどし金が無い場合があります。なお、お申込みの内容や今回告知いただきました内容によっては所定の医師の診査を受けていただいたり、補足告知書・健康診断結果通知書・医師の診断書等を追加でご提出いただく場合がありますので、あらかじめご了承ください。

当社の取扱者へ口頭でお話されただけでは告知をしていただいたことになりません。必ず被保険者様ご自身が被保険者告知欄に記入することにより告知をしてください。(取扱者・生命保険募集人には告知受領権はございません。)

告知に関するお問合せやご相談についてはアクサ生命保険株式会社カスタマーサービスセンターまでお申出ください。

<お問合せ先> 0120-568-093

受付時間 月～金9:00～19:00 土9:00～17:00(日・祝日、年末年始の当社休業日を除きます)

意向チェックシート兼意向確認書

この書面により、今回ご案内させていただいた保険商品がお客様の最終のご意向に沿った内容となっているかを確認させていただきます。また、保険契約者控をお受け取りいただき、大切に保管くださいますようお願いいたします。

意向チェックシート

意向確認書

1 ご提出いただいたご希望書の保障分野は以下のとおりです。

ご希望書などでお申し出いただいたご意向(当初のご意向)	病気(ガンを含む) やケガへの保障を準備したい		
ご希望いただいた商品	入院保障保険(終身型 09)		
この商品の保障分野の種類	<input type="checkbox"/> 死亡の保障	<input checked="" type="checkbox"/> 病気(ガンを含む) やケガの保障	<input type="checkbox"/> ガンの保障
	<input type="checkbox"/> 傷害の保障	<input type="checkbox"/> 介護の保障	<input type="checkbox"/> 資金準備

2 以下の内容をご確認いただき、「はい」に該当する場合は、それぞれに○をしてください。【お客様記入欄】

1 ご希望書などをご記入いただいたときにご意向はお変わりありませんか？ はい いいえ

2 パンフレットをご覧いただき、今回ご案内の商品の保障内容をご確認いただけましたか？ はい いいえ

3 「特にガンになった場合の保障を充実させたい」ご希望がある場合、以下の特約を付加することでご意向に沿ったお申込みをすることが可能となります。
・ガン化学療法・緩和療養給付特約
上記特約の付加を希望する場合は、「はい」に○をしてください。 はい いいえ

4 ご希望いただいた商品は、「病気(ガンを含む)やケガへの保障」です。
また、3 で付加を選択された場合の特約は、「ガンの保障」です。
お申込みにあたりお客様の「最終のご意向」は上記のとおりでよろしいでしょうか？ はい いいえ

「ご意向が異なる場合は、あらかじめ意向をうかがいますので、取扱募集代理店またはアクサ生命までご連絡ください。」

「はい」の場合、以下の「意向確認書」の記入にお進みください。

3 お客様のご意向 【お客様記入欄】

お客様の「最終のご意向」は上記「意向チェックシート」のとおりです。お間違いないか今一度ご確認ください。

【その他特記事項】上記の内容では満たせないお客様のご意向がある場合、以下にその詳細をご記入ください。

あり 詳細

4 ご意向とご提案商品について

(担当者(生命保険募集人)) 取扱募集代理店名	ブリヂストンビジネスサービス株式会社
担当者名	
(引受保険会社)	アクサ生命保険株式会社

入院保障保険(終身型 09)がお客様のご意向に沿った保険商品と考えましたので、ご提案させていただきます。

5 お申込みいただくにあたりお客様に特に確認いただきたい事項 【お客様記入欄】

お申込みいただくにあたり、お客様に特に確認いただきたい事項となりますので、ご意向に沿っているかお聞かせください。
以下の質問について「はい」か「いいえ」のいずれか該当するものにお客様ご自身で○をしてください。

1 お客様ご自身が確認された、「最終のご意向」に沿った商品内容となっていますか。 はい いいえ

2 「ご契約内容」(保険金・給付金の額、保険期間、保険料の額、保険料払込方法・払込期間)、「保障内容」(お支払事由、お支払額)、払いもどし金および配当の有無は、ご提案の内容でよろしいでしょうか。 はい いいえ

3 「重要事項説明書」の交付を受けるとともに、これらを読むことが重要であることをご理解いただいたうえで、これらの内容をご確認いただきましたか。 はい いいえ

すべて「はい」の場合、右の「契約申込書兼告知書」の記入にお進みください。

【代理店(営業店) 記入欄】

MAB31

入院保障保険(終身型 09)〈60日型〉契約申込書兼告知書

(手術給付特約・代理請求特約付)

被保険者控

アクサ生命保険株式会社 行

「意向チェックシート兼意向確認書」の記載内容を確認しました。
申込書裏面記載事項を確認・同意のうえ申込みます。

7 意向確認日・申込日(告知日) 平成 年 月 日

8 契約日 平成 年 月 日

9 保険契約者ご本人がご記入ください

現住所	〒	住所カタカナ
氏名(自署)	フリガナ	10 保険契約申込印 兼意向確認印
生年月日	昭和 平成 年 月 日 性別 男 女	
被保険者からみた続柄	本人 配偶者 親	

10 「重要事項説明書」(「ご契約の解約と払いもどし金について」の記載部分を含む)および「パンフレット」を受領し、記載内容を了知したうえで申込みます。

11 被保険者欄は保険契約者と異なるときにご記入・押印ください(但し、契約年齢は必ずご記入ください)

氏名(自署)	フリガナ	13 被保険者印
生年月日	昭和 平成 年 月 日 性別 男 女	
契約年齢	歳	

12 契約年齢

14 死傷受取人

④ 規則による順位の受取人

保険料払込期間が65歳の場合
左記の受取人に○をしてください。
※保険料払込期間が終身の場合
死亡保険金不担保特約(入院保障保険(終身型 09)用)が付加されますので受取人は指定できません。

15 選択方法 ⑤ 告知書扱 ○ ()

主契約	ご希望に○をしてください		特約		ご希望に○をしてください	
入院給付金日額	保険期間	払込期間	特約名称	特約の付加	給付金日額等	
いずれかに○をしてください。 5,000円以外をご希望の場合は、入院給付金日額もご記入ください。	終身	① 終身 無事故割引 特則なし	セット特約 手術給付特約	④ 付加する	主契約日額と同額	
5,000円	終身	③ 65歳 無事故割引 特則なし	特約 I 先進医療給付特約(12)	⑥ 付加する	先進医療に係る技術料と同額(上限 1,000万円)	
または			特約 I 手術補完給付特約<給付倍率5倍>	① 付加する	主契約日額と同額	
000円			特約 III 3大疾病診断給付特約(03)	⑥ 付加する	主契約日額の100倍	
			特約 II 生活習慣病入院給付特約(09)<120日型・II型>	③ 付加する	主契約日額と同額	
払込方法	⑧ 月払 ○		特約 IV ガン化学療法・緩和療養給付特約(終身払のみ)	⑥ 付加する	5万円	

※保険料払込期間が終身の場合、死亡保険金不担保特約(入院保障保険(終身型09)用)が付加されますので、死亡保険金はありません。
※保険料払込期間が65歳の場合、死亡保険金は入院給付金日額の10倍となります。
※セット特約・特約I・特約IIの保険期間・払込期間は主契約と同一となります。
※特約IIIの保険期間は80歳、払込期間は主契約と同一となります。(主契約が終身払の時は80歳)
※特約IVの保険期間・払込期間は10年となります。

被保険者様へのご家族にも十分お示しいただき、保険金等の受取人や保険金額等の契約内容をあらかじめご確認のうえ大切に保管してください。

保険契約申込時同意事項

申込人(保険契約者)および被保険者は、アクサ生命保険株式会社(以下「アクサ生命」)への保険契約申込に際し、以下の各項目について確認・同意します。

1. 個人情報のお取扱いについて

- アクサ生命は、お客さまの個人情報(医療・健康等に関する機微情報を含む)を、①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、②関連会社・提携会社を含む各種商品・サービスのご案内・ご提供、ご契約の維持管理、③当社業務に関する情報提供・運営管理、商品・サービスの充実、④その他保険に関連・付随する業務のために利用します。なお、機微情報は、保険業法施行規則のとおり、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定して利用します。また、当該機微情報は、業務上適切な範囲で、この保険契約を取扱った生命保険募集人等(募集代理店を含む)に開示される場合があります。
- 保険契約について引受リスクを適切に分散させるために再保険(再々保険以降の出再を含む。以下「再保険」)を行う場合、再保険の引受け、維持・管理、保険金等の支払いに必要な個人情報を再保険会社に対し提供することがあります。
- アクサ生命は、団体扱・集団扱等でお客さまが保険にご加入される場合、利用目的達成のために業務上必要な範囲で、お申込み内容等の個人情報を、お客さまの所属する団体等へ提供することがあります。
- 契約締結、契約内容変更、保険金・給付金支払い等の可否を判断するうえでの参考とするため、個人情報を他の生命保険会社、(一社)生命保険協会等と共同して利用します。
- その他、アクサ生命の個人情報に関する取扱いに関しての詳細はアクサ生命ホームページ(<http://www.axa.co.jp/>)掲載の「個人情報の取扱いについてープライバシーポリシー」をご確認ください。

2. その他の同意事項について

- アクサ生命の照会に対し、被保険者を診察した医師がアクサ生命にその健康状態について報告すること、並びにアクサ生命またはアクサ生命の委託先の担当者が申込内容や告知内容の問合せのために、保険契約者・被保険者の現住所等を訪問または電話照会することがあること。
- アクサ生命に提出したこの保険契約申込書および告知書等については返却されないこと。
- 契約者が法人かつ死亡保険金受取人が契約者(死亡保険金が無い場合は除く)の場合については、代理請求特約が付加されないこと。

3. その他の留意事項について

- 「重要事項説明書」にはご契約に関する大切なことがらが記載されています。保険契約申込書を記入される前に、必ずご覧ください。

給付金などのお支払いは、責任開始期以後に発生した不慮の事故あるいは発病された疾病を直接の原因とし、責任開始期以後に支払事由に該当した場合に限りお支払いいたします。
発病の詳細説明はパンフレット(または重要事項説明書「注意喚起情報」)にてご確認ください。

被保険者告知欄記入上の留意事項

被保険者様に告知いただく内容は下記の内容です。下記記載の留意事項をお読みのうえ、保険会社提出用の被保険者告知欄にご記入いただきますようお願いいたします。

ア	告知欄質問内容	申込日現在、病気やけがで入院中、または入院か手術をすすめられていますか
	留意事項	●「病気やけがで入院中」、「入院か手術をすすめられていますか」のいずれか1つでも該当の場合は「はい」と告知してください。
イ	告知欄質問内容	申込日より過去1年以内に病気で、継続して10日以上以上の入院をしたことがありますか
	留意事項	●「継続して10日以上以上の入院」とは、1日も途切れずに連続して10日以上入院された場合をいいます。 ●退院後、別の病院へ転院した場合や同一病院で転科した場合でも、入院日数が連続して10日以上であれば、「はい」と告知してください。
ウ	告知欄質問内容	申込日現在、妊娠していますか
	留意事項	●申込日現在で妊娠している場合は「はい」と告知してください。

以下のエは、ガン化学療法・緩和療養給付特約をお申込みされた方のみ告知いただく内容です。

エ	告知欄質問内容	今までに、ガン・悪性新生物(肉腫・白血病・悪性リンパ腫・多発性骨髄腫を含みます) および上皮内新生物(上皮内ガン)で、医師の診察・検査・治療・投薬・手術を受けたことや入院をしたことがありますか
	留意事項	●「今までに」とは、生まれてから告知日現在までのすべての期間をいいます。

告知に関する重要なお知らせ

被保険者告知欄は、被保険者様をご自身で、ありのままを正確にもれなくご記入ください。

被保険者告知欄は、ご契約をお引受けするかどうかを決める重要な事項です。もしこれらの事項について**事実をご記入にならなかったり、ご記入いただいた内容が事実と違っていた場合には、ご契約が解除されたり、保険金や給付金等の支払いを受けられないことがあります**。ご契約が解除となる場合、払いもどし金があるときは、その払いもどし金をご契約者にお支払いいたします。ご契約の内容や契約日からの経過期間によって払いもどし金が無い場合があります。なお、お申込みの内容や今回告知いただきました内容によっては所定の医師の診査を受けていただいたり、補足告知書・健康診断結果通知書・医師の診断書等を追加でご提出いただく場合がありますので、あらかじめご了承ください。

当社の取扱者へ口頭でお話されただけでは告知をしていただいたことになりません。必ず被保険者様ご自身が被保険者告知欄に記入することにより告知をしてください。(取扱者・生命保険募集人には告知受領権はございません。)

告知に関するお問合せやご相談についてはアクサ生命保険株式会社カスタマーサービスセンターまでお申出ください。

<お問合せ先> 0120-568-093

受付時間 月～金9:00～19:00 土9:00～17:00(日・祝日、年末年始の当社休業日を除きます)