

告知書

はじめに



加入できない
主なケース

- 過去5年以内に、右のいずれかの病気で、医師による診察・治療・投薬・検査（定期的な診察・検査を含む）を受けた場合
- 現在入院中、あるいは現在医師により入院・手術をすすめられている場合

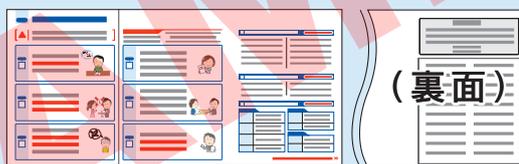
がん	●がん(癌・白血病・肉腫・骨髄腫・悪性リンパ腫等の悪性新生物を含む)
臓器	●心筋症 ●弁膜症 ●腎不全 ●肝硬変
脳 精神・神経	●脳しゅよう ●統合失調症 ●うつ病 ●双極性障害(躁うつ病)
その他	●こうげん病

記入の流れ

ステップ
1

確認

ご記入の前に必ず
ご一読ください。



記入に際しての注意点／個人情報の取扱い(抜粋)



「注意喚起情報」に
記載している「告知
に関する重要事項」

ステップ
2

記入

告知書記入案内を
確認のうえ、
告知書をご記入
ください。



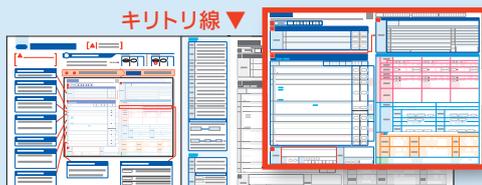
告知書記入案内 告知書

被保険者ご本人が「ありのまま」「正確
にもれなく」ご記入ください。

ステップ
3

提出

キリトリ線に
沿って切り離し、
ご提出ください。



キリトリ線 ▼

「告知書」のみご提出ください。
個人情報保護のための封筒をご用意
しています。

ステップ
4

保管

「記入に際しての注意点」や「被保険者控え」は、必ず保管してください。

記入に際しての注意点



記入の前に必ずご確認ください。

以下6つのチェックボックスを利用し、すべての項目をご確認ください。

チェック



告知書は、被保険者ご本人が
「ありのまま」「正確にもれなく」
ご記入ください。



チェック



当社の社員・生命保険募集人(生命保険代理店を含む)に
口頭でお知らせいただいても、
告知したことはありません。



チェック



告知書に事実を記入しなかった場合や、
記入した内容が事実と異なる場合は、
ご契約または特約が解除や取消・無効となり、
保険金・給付金等をお支払いできないことがあります。

※「すぐに思い出せない」「記憶が定かでない」という場合には、
確認のうえご記入ください。



告知に関する問合せ先

告知に関して不明な点がある場合は、
お問い合わせください。

オリックス生命保険株式会社
お客さま専用 告知お問合せフリーダイヤル
0120-669-084
[受付時間] 平日・土日・祝日 9:00-17:00(年末年始休み)

チェック



追加の詳しい告知や、定期健康診断結果表、
診断書等の提出をお願いする場合があります。

※今回の告知内容や、既に当社にお申込みいただいている
契約の告知内容により判断します。



チェック



当社の社員または当社が委託した者が、
申込内容や告知内容、請求内容等について
確認する場合があります。

- 保険契約の申込み後
- 保険金・給付金等の請求時
- 保険料の払込免除の請求時



チェック



告知の内容により、
契約に特別な条件が付く場合や、
契約が見合わせとなる場合があります。



☑ 記入もれが多いケース

告知書への記入が必要です。

- 糖尿病(高血糖や糖尿病の疑いを含む)・高血圧・慢性肝炎等の慢性疾患による定期検査で通院している場合
※食事・運動療法等の投薬治療がない場合も、告知が必要です。
- 不妊治療を受けた場合(不妊や妊娠・出産を希望して医師の診察を受けた場合を含む)
- 異常妊娠・異常分娩(帝王切開・切迫早産・妊娠高血圧症候群・子宮外妊娠等)
- 白内障・緑内障・屈折矯正手術(視力矯正)で、検査・治療を受けた場合

- 歯科矯正・歯列矯正で、診察・検査・治療・投薬を受けた場合
- がん・しゅよう等で過去5年以上前に手術し、現在も定期検査で通院している場合(経過観察を含む)
- 健康診断・人間ドックによる指摘(要再検査・要精密検査・要治療等)
※再検査・精密検査を受けて異常がなかった場合も、告知が必要です。
- 治療を自主的に中断した場合
- 病気の予防のために医師から薬の処方を受けている場合

☑ 告知が不要なケース

告知書への記入は必要ありません。

- かぜ・インフルエンザが完治している場合
- 医師の診断による病気の治療等ではない、健康増進を目的とした市販のビタミン剤やサプリメントの服用
- 医師の診断による病気の治療等ではない、ワクチン接種・予防接種(副反応で医師の診察や処方を受けた場合を除く)

- 花粉症・水虫・インプラント・歯周病・親知らずのため、医師の診察・検査・治療・投薬を受けていた、または現在うけている場合
- 医師の処方を受けていない市販薬(かぜ薬・胃腸薬等)の服用
- 医師の診察を受けずに完治し、現在その症状がない場合

☑ 告知時の記入ポイント

詳細記入欄へご記入ください。

病気	
糖尿病	● 発症年月 ● 治療内容 ● 直近のHbA1c、 または空腹時血糖(FBS)の数値
肝機能障害 肝炎	● 治療内容 ● 直近の肝機能GOT(AST)・ GPT(ALT)・γ-GTPの数値 ● 肝炎の場合、型(B型・C型等)・ HBe抗原・HCV-RNA等
椎間板ヘルニア 脊椎分離症 脊柱管狭窄症	● 部位(けい椎・胸椎・腰椎・仙骨)
子宮ポリープ	● 部位(子宮けい管・子宮内膜)

病気やケガ	
骨折	● 部位(右・左・両方を含む) ● 手術を受けた場合、金属(ボルト・ プレート等)挿入の有無 ※有の場合、抜去(抜釘術)の済・未済
関節症	● 原因 ● 部位(右・左・両方を含む)

健康診断・人間ドック	
胆のう	● 検査項目(超音波検査等) ● 所見(胆石・胆のうポリープ等) ● 判定(要再検査・要精密検査・要治療等)
胃	● 検査項目(上部消化管レントゲン検査等) ● 所見(胃ポリープ・胃炎等) ● 判定(要再検査・要精密検査・要治療等)

次ページの告知書記入案内も必ず確認のうえ、ご記入ください。▶▶

告知書

満15歳未満の方のみ親権者・後見人による代筆が可能です。

オリックス生命保険株式会社 御中 告知に関する重要事項の説明をうけました。この書面に私が記入した事項は事実と相違ありません。



1 告知日(記入日) 令和 年 月 日

2 以下についてご確認のうえ「理解した」または「理解していない」に○をおつけください。ア・イについて「理解していない」を選択した場合、お申込みいただけません。

告知書記入にあたっての確認事項	ア	告知書は、被保険者ご本人が事実をありのまま、正確にもれなく記入する必要があること。	<input type="radio"/> 理解した	<input type="radio"/> 理解していない
	イ	当社の社員・生命保険募集人(生命保険代理店を含む)に口頭で伝えても、告知したことにしないため、ささいなことでも該当することはすべて告知書に記入する必要があること。	<input type="radio"/> 理解した	<input type="radio"/> 理解していない
	ウ	告知内容に関して不明な点がある場合は、当社の社員・生命保険募集人(生命保険代理店を含む)ではなく、当社の「お客さま専用告知お問合せフリーダイヤル(0120-669-084)」に直接問い合わせること。	<input type="radio"/> 理解した	<input type="radio"/> 理解していない

右の「3 被保険者のご職業」をご記入後に以下の各項目の質問にご回答ください。

4 各項目中の質問につき、1つ以上該当する場合は「はい」「指摘あり」に○をおつけください。「はい」「指摘あり」に○をつけた方は、詳細記入欄A~Dにその詳細をご記入ください。該当しない場合は「いいえ」「指摘なし」に○をおつけください。別表1 別表2 は、「告知書記入案内」または「被保険者控え裏面」をご確認ください。

報告事項(体格)	身長・体重についてご記入ください。※小数点以下は四捨五入	身長	cm	体重	kg
1	最近3か月以内に、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。 *投薬には、病院や診療所で薬の処方のみをうけた場合を含みます。 ▲病気やケガに限らず、「医師にみてもらった」事実があれば告知が必要です。	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい		
2	病気・ケガについて 過去5年以内に、病気やケガで、継続して7日以上入院をしたことがありますか。	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい		
3	過去5年以内に、病気やケガで、手術をうけたことがありますか。	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい		
4	過去5年以内に、以下のいずれかに該当する事実がありますか。 ●別表1の病気で、一度でも医師の診察・検査・治療・投薬のいずれかをうけた。 ●別表1以外の病気やケガで、7日以上期間にわたり医師の診察・検査・治療・投薬*のいずれかをうけた。 *「7日以上」の期間にわたる診察・検査・治療」とは通院回数にかかわらず、初診から最後の診察・検査・治療をうけた日までの期間が7日以上の場合をさします。検査には自主的な検査も含みます。 *「7日以上」の期間にわたる投薬」とは合計7日以上薬を処方された場合をさします(薬を飲まなかった場合や受け取らなかった場合も含みます)。 ▲別表1および「7日以上」の期間にわたり」についての説明をご確認ください。	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい		
5	健康診断・人間ドックについて 過去2年以内に、健康診断*・人間ドックをうけて、別表2の臓器または検査の項目で異常を指摘されたことがありますか。 *健康診断とは、健康維持および病気の早期発見のための診察・検査をいいます(乳幼児健診や自主的にうけた脳ドック・がん検診を含みます)。	<input type="radio"/> 指摘なし	<input type="radio"/> 指摘あり		
6	身体の障害について 以下のいずれかの身体の障害がありますか。 ●視力・聴力・言語・そしゃく機能の障害 ●背骨(脊柱)の変形または障害 ●手・足・指の欠損または機能の障害	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい		
7	がんについて 特定疾病保障保険・がん保険・がん一時金特約・特定三疾病一時金特約・がん通院特約・特定疾病保険料払込免除特約・特定三疾病保険料払込免除特約付の契約をお申込みの方のみご記入ください。 今までに、がんまたは上皮内新生物*にかかったことがありますか。 *がん、上皮内新生物に含まれるもの例:癌・白血病・肉腫・骨髄腫・リンパ腫・カルチノイド・GIST・真性赤血球増加症・骨髄異形成症候群(MDS)・本態性血小板血症・バジネット病・ポーエン病・上皮内がん・高度異形成 等。	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい		
8	女性の方(未成年者は除く) 過去5年以内に、妊娠・分娩に伴う異常で、入院したり手術をうけたことがありますか。(帝王切開を含みます)	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい		
9	現在、妊娠していますか。 ▲医師の診断や自分でおこなう妊娠検査で判明している場合を含みます。	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい		

5 被保険者 フリガナ 氏名 _____

親権者または後見人 被保険者から見た続柄 _____

性別 男 女 生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日

父 母 その他 [_____]

※被保険者が満15歳未満の場合、親権者・後見人全員が告知内容に同意のうえ、代表者が署名してください。

申込番号 _____

3 以下についてご記入ください。

※パート、アルバイトの方もご記入ください。

勤務先名・屋号 _____

以下の①~⑮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⑨を選択してください。

① 会社経営(代表権のある役員)	⑨ 主婦・主夫
② 会社経営(代表権のない役員)	⑩ 乳幼児・児童・生徒・学生
③ 事務、営業、企画、販売、システム、医療・福祉業従事、医師、弁護士、教職員、保育士、研究職、技術職	⑪ 年金生活者
④ 地下作業、海中作業、採石・岩石・砂利運搬作業、爆破作業	⑫ 不動産収入生活者
⑤ 高所作業(建設、ビルの窓拭き等)、高圧電気(200V超)取扱作業、林業従事者、漁船乗組員(500トン未満の船舶)	⑬ 金融資産生活者
⑥ 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、接待飲食業(スナック等)、産業廃棄物処理	⑭ 家事手伝い
⑦ フリーター	⑮ 無職者・⑨~⑭以外 ↓
⑧ その他 具体的な職務内容 → [_____]	

詳細記入欄 「記入に際しての注意点」「告知書記入案内」をご確認ください。 ※書ききれない場合は、「追加告知書」にご記入ください。

A 病気やケガの名前 (部位) 左 右 両方 その他

診察・検査・治療・投薬の期間 年 月から 年 月まで

現在の状況 完治 → 年 月 治療中 経過観察中

受診した医療機関名 _____

入院した期間 無 有 → 年 月 から 年 月 日間

手術名・手術の種類・部位・手術年月 手術名・手術の種類 部位

病気やケガの原因・治療内容・検査結果・経過を詳細にご記入ください。

B 異常を指摘された臓器・検査項目

時期	年 月	医療機関名	時期	年 月	医療機関名
検査結果・所見・判定	要再検査 要精密検査 要治療		検査結果・所見・判定	要再検査 要精密検査 要治療	
再検査・精密検査の有無	未受診 受診済		再検査・精密検査の有無	未受診 受診済	
再検査受診時期	年 月	再検査の医療機関名	再検査受診時期	年 月	再検査の医療機関名
再検査内容・結果・所見・判定	異常なし 要経過観察 要治療		再検査内容・結果・所見・判定	異常なし 要経過観察 要治療	

C A Bで 高血圧、脂質異常症(高脂血症)、糖尿病・高血糖、尿酸血症・痛風、肝機能障害・脂肪肝、貧血の告知がある場合はご記入ください。 ※最新の測定年月と数値をご記入ください。

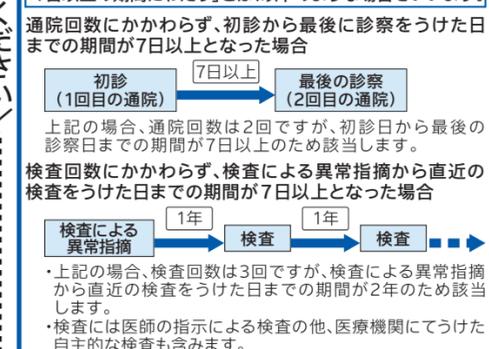
高血圧	測定年月 年 月	脂質異常症(高脂血症)	測定年月 年 月	糖尿病・高血糖	測定年月 年 月
最大	mmHg	中性脂肪(TG)	mg/dl	HbA1c	%
最小	mmHg	HDLコレステロール(HDL-C)	mg/dl	空腹時血糖(FBS)	mg/dl
		LDLコレステロール(LDL-C)	mg/dl		
尿酸血症・痛風	測定年月 年 月	肝機能障害・脂肪肝	測定年月 年 月	貧血	測定年月 年 月
尿酸値(UA)	mg/dl	GOT(AST)	IU/l	血色素量(ヘモグロビン:Hb)	g/dl
		GPT(ALT)	IU/l		
		γ-GTP	IU/l		

D 身体の障害について 部位 _____ 原因および障害の程度 _____ 症状固定時期 年 月 障害等級 級

別表1

心臓・血圧	●高血圧 ●狭心症 ●心筋こうそく	●先天性心疾患 ●心筋症 ●不整脈	●大動脈りゅう ●心臓弁膜症 ●心雑音
脳・精神・神経	●脳内出血 ●脳こうそく ●くも膜下出血 ●統合失調症 ●うつ病 ●双極性障害(躁うつ病)	●心身症 ●神経症 ●パニック障害 ●自律神経失調症 ●アルツハイマー病 ●パーキンソン病	●ノイローゼ ●てんかん ●アルコール依存症 ●不眠症 ●知的障害 ●認知症
肺・気管支	●ぜんそく ●慢性気管支炎 ●慢性閉塞性肺疾患(COPD)	●気管支拡張症 ●肺気腫 ●肺結核	●じん肺 ●過換気症候群 ●肺結核
胃腸・すい臓	●胃かいよう ●十二指腸かいよう ●急性すい臓炎	●慢性すい臓炎 ●腸へいそく ●クローン病	●かいよう性大腸炎 ●過敏性大腸炎
肝臓・胆のう	●急性肝炎 ●慢性肝炎 (肝炎ウイルスキャリアを含む)	●肝硬変	●胆石 ●胆のう炎
腎臓・尿管	●急性腎炎 ●慢性腎炎 ●ネフローゼ ●慢性腎臓病	●腎不全 ●のう胞腎 ●水腎症	●腎臓結石 ●尿管結石 ●前立腺肥大
目・耳・鼻	●白内障 ●緑内障 ●ぶどう膜炎 ●角膜炎 ●円錐角膜	●角膜かいよう ●網膜色素変性症 ●網膜はく離 ●眼底出血	●中耳炎 ●メニエール病 ●突発性難聴 ●ちくのう症(副鼻腔炎) ●鼻中隔彎曲症
がん・しゅよう	●がん(上皮内新生物を含む) ●肉腫	●白血病 ●しゅよう	●ポリープ ●異形成
女性の病気	●子宮筋腫 ●子宮内膜炎	●卵巣のう腫 ●乳腺症	●不妊症
その他	●糖尿病 ●脂質異常症(高脂血症) ●高尿酸血症 ●リウマチ性疾患	●こうげん病 ●貧血 ●紫斑病 ●甲状腺腫	●甲状腺機能亢進症 ●甲状腺炎 ●変形性関節症 ●椎間板ヘルニア ●痔

「7日以上」の期間にわたり」とは、以下のような場合をいいます。



別表2

臓器	●心臓 ●腎臓 ●肝臓 ●すい臓	●胆のう ●胃腸 ●肺 ●脳	●甲状腺 ●前立腺 ●子宮 ●乳房
検査の項目	●血圧測定 ●尿検査 ●血液検査	●心電図検査 ●眼底検査 ●上部消化管レントゲン検査	●超音波検査 ●便潜血検査 ●胸部レントゲン検査
異常	要再検査・要精密検査・要治療をいいます。		
	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・精査を要する・さらに詳しい検査が必要		
	要治療 例)治療や投薬が必要・治療中・治療継続・要医療		

へキリトシく

へ提出の際は切り取ってください

別表①

心臓・ 血圧	●高血圧 ●狭心症 ●心筋こうそく	●先天性心疾患 ●心筋症 ●不整脈	●大動脈りゅう ●心臓弁膜症 ●心雑音
脳・精神・ 神経	●脳内出血 ●脳こうそく ●くも膜下出血 ●統合失調症 ●うつ病 ●双極性障害 (躁うつ病)	●心身症 ●神経症 ●パニック障害 ●自律神経失調症 ●アルツハイマー病 ●パーキンソン病	●ノイローゼ ●てんかん ●アルコール 依存症 ●不眠症 ●知的障害 ●認知症
肺・ 気管支	●ぜんそく ●慢性気管支炎 ●慢性閉塞性肺疾患(COPD)	●気管支拡張症 ●肺気腫	●じん肺 ●過換気症候群 ●肺結核
胃腸・ すい臓	●胃かいよう ●十二指腸 かいよう ●急性すい炎	●慢性すい炎 ●腸へいそく ●クローン病	●かいよう性 大腸炎 ●過敏性大腸炎
肝臓・ 胆のう	●急性肝炎 ●慢性肝炎 (肝炎ウイルスキャリアを含む)	●肝硬変	●胆石 ●胆のう炎
腎臓・ 尿管	●急性腎炎 ●慢性腎炎 ●ネフローゼ ●慢性腎臓病	●腎不全 ●のう胞腎 ●水腎症	●腎臓結石 ●尿管結石 ●前立腺肥大
目・耳・ 鼻	●白内障 ●緑内障 ●ぶどう膜炎 ●角膜炎 ●円錐角膜	●角膜かいよう ●網膜色素変性症 ●網膜はく離 ●眼底出血	●中耳炎 ●メニエール病 ●突発性難聴 ●ちくのう症 (副鼻腔炎) ●鼻中隔彎曲症
がん・ しゅよう	●がん(上皮内 新生物を含む) ●肉腫	●白血病 ●しゅよう	●ポリープ ●異形成
女性の 病気	●子宮筋腫 ●子宮内膜症	●卵巣のう腫 ●乳腺症	●不妊症
その他	●糖尿病 ●脂質異常症 (高脂血症) ●高尿酸血症 (痛風) ●リウマチ性疾患	●こうげん病 ●貧血 ●紫斑病 ●甲状腺腫	●甲状腺機能 亢進症 ●甲状腺炎 ●変形性関節症 ●椎間板ヘルニア ●痔

「7日以上期間にわたり」とは、以下のような場合をいいます。

通院回数にかかわらず、初診から最後に診察をうけた日までの期間が7日以上となった場合



上記の場合、通院回数は2回ですが、初診日から最後の診察日までの期間が7日以上のため該当します。

検査回数にかかわらず、検査による異常指摘から直近の検査をうけた日までの期間が7日以上となった場合



上記の場合、検査回数は3回ですが、検査による異常指摘から直近の検査をうけた日までの期間が2年のため該当します。

検査には医師の指示による検査の他、医療機関にてうけた自主的な検査も含まれます。

別表②

臓器	●心臓 ●腎臓 ●肝臓 ●すい臓	●胆のう ●胃腸 ●肺 ●脳	●甲状腺 ●前立腺 ●子宮 ●乳房
検査の 項目	●血圧測定 ●尿検査 ●血液検査	●心電図検査 ●眼底検査 ●上部消化管 レントゲン検査	●超音波検査 ●便潜血検査 ●胸部 レントゲン検査
異常	要再検査・要精密検査・要治療をいいます。		
	●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・精密を要する・さらに詳しい検査が必要		
●要治療 例)治療や投薬が必要・治療・治療継続・要医療			

告知に関する問合せ先

「被保険者控え」を確認いただき、以下のような場合にお問合わせください。

- 告知内容の訂正や記入もれがあった場合
- 告知に関して不明な点がある場合
- 募集人の説明や行為に疑問がある場合

オリックス生命保険株式会社
お客さま専用 告知お問合せフリーダイヤル

0120-669-084

【受付時間】平日・土日・祝日 9:00-17:00(年末年始休み)

個人情報の取扱い(抜粋)

オリックス生命(以下「当社」)は、お客さまの個人情報については、極めて重要な情報資産として、適法・適正な方法で取得するとともに、以下に従い、適切に利用・管理・保護します。

■ 個人情報の取得

当社は、「個人情報の利用目的」に定める目的の範囲内で適法・適正な方法によりお客さまの個人情報(氏名・生年月日・住所・性別・電話番号・職業・健康状態等)を取得します。

■ 個人情報の利用目的

当社は、お客さまの個人情報を、次の目的の範囲内でのみ利用し、それ以外の目的には利用しません。
なお、この利用目的の範囲を超えて取扱う場合、およびお客さまの個人情報を第三者へ提供する場合は、原則として書面によりお客さまご本人の同意をいただいた上で行います。

- (1)各種保険契約のお引受け・ご継続・維持管理
- (2)保険金・給付金等のお支払い
- (3)当社、グループ会社・提携会社の各種商品・サービスのご案内・提供、維持管理
- (4)再保険契約の締結、再保険契約に基づく通知、再保険金の請求
- (5)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
- (6)その他保険に関連・付随する業務

■ 個人情報の提供

当社は、次の場合を除いて、保有するお客さまの個人情報を第三者へ提供しません。

- (1)お客さまご本人の同意を得ている場合
- (2)法令に基づく場合
- (3)人の生命、身体または財産(法人の財産を含みます)の保護のために必要があり、お客さまご本人の同意を得ることが困難な場合
- (4)「個人情報の利用目的」に定める目的の達成に必要な範囲において、当社代理店を含む委託先に提供する場合
- (5)個人情報を共同利用する場合
- (6)保険制度の健全な運営に必要であると考えられる場合
- (7)その他の正当な理由がある場合

■ 再保険における個人情報の取扱い

当社では、当社と保険契約者との間の保険契約について、引受リスクを適切に分散するために再保険を行うことがあります。
再保険会社における当該保険契約の引受け、継続・維持管理、保険金・給付金等の支払いに関する業務のために、再保険の対象となる保険契約の特定に必要な保険契約者の個人情報のほか、被保険者氏名・性別・生年月日、保険金額等の契約内容に関する情報、および告知内容、検診内容等の健康状態に関する情報など当該業務遂行に必要な個人情報を保険契約者・被保険者の同意を得た上で再保険会社に提供することがあります。

■ 情報交換制度等における共同利用

当社は、健全な生命保険制度の維持・発展のため、次の制度に基づき一般社団法人生命保険協会、生命保険会社等との間で保険契約に関する個人情報(被保険者名、死亡保険金額、入院給付金日額等)を共同利用します。
●契約内容登録制度・契約内容照会制度
●医療保障保険契約内容登録制度
●支払査定時照会制度

■ 外国への移転

お客さまの個人情報は、当社または第三者によって、「個人情報の利用目的」に定める目的の範囲内で、外国に移転され、取扱われることがあります。移転先の国には、日本において適用されるデータ保護基準とは異なる基準を有している国を含みます。当社は、お客さまの個人情報が、安全に、かつ本ポリシーおよび「個人情報の保護に関する法律(以下、「個人情報保護法」といいます)」を含む法令に準拠して取扱われることを保証するため、適切な契約の締結の他、法令により求められる必要な措置(注)を行います。
(注)個人情報保護法に定める必要な措置とは、①移転先における個人情報の取扱状況およびそれに影響を及ぼしうる移転先の国の制度の有無の定期的な確認②適正な取扱いに問題が生じた場合の対応(適正な取扱いの継続的な確保が困難な場合は個人情報の提供を停止)をいいます。

■ 保険契約が締結に至らなかった場合や保険期間の終了後等の情報の取扱いについて

当社が取得した個人情報は、保険契約が締結に至らなかった場合や解約・満期等により保険契約が消滅した後も、各種保険契約のお引受けの判断、医事統計の作成、保険事業の適切な業務運営の確保を目的として保持し、取得した申込書類等は返却しません。

■ 機微(センシティブ)情報<要配慮個人情報を含む>の取扱い

医療・健康情報等の機微(センシティブ)情報の利用目的を、業務の適切な運営の確保と、その他必要と認められるものに限定しています。また、機微(センシティブ)情報については、限定している目的以外では利用しません。

詳細は	ご契約のしおり 特にご注意していただきたいことがら
	-お客さまの個人情報の取扱いについて
	-他の生命保険会社等との保険契約等に関する個人情報の共同利用について

最新の個人情報の取扱いについては、ウェブサイトに掲載していますのでご確認ください。

オリックス生命 ウェブサイト 「個人情報の取扱いについて(プライバシー・ポリシー)」
https://www.orixlife.co.jp/about/governance/privacy/