

ご存知ですか?「葬儀保険」

「葬儀保険」とは…

もしものときの葬儀費用や整理費用に備えるための保険です

満89歳までお申込み可能※

葬儀費用に備える保険期間1年の「掛捨て型死亡保険」!

はじめやすい 葬儀保険

無配当 1年定期保険(保険金建)

全国で
テレビCM
放送中!

3つの「やすすい」ではじめやすい!

簡単な手続きで!

申込み

やすすい

必要な時に!

受取り

やすすい

様々な用途に!

使い

やすすい

※簡単な告知書への記入が必要です。ご健康状態などにより、お引受けできない場合がございます。

メモリード・ライフ イメージキャラクター
船越英一郎

抽選で

50名様にシャインマスカットが当たる

裏面のハガキから資料請求いただいた方の中から
抽選で50名様にシャインマスカットをプレゼントいたします。

賞品 シャインマスカット(2房 約1kg)

応募期間 2024年7月1日～9月30日

※おひとりさま一回限りのご応募となります。
※締切日当日消印有効

【当選発表】賞品の発送をもって発表にかえさせていただきます。

【応募方法】裏面の専用ハガキよりご応募ください。お電話、またはホームページからご応募いただけます。

※天候や生産状況などにより賞品内容が変更になる場合があります。

※画像はイメージです。

資料請求・保険料の
お見積り・お問合せ



0120-623-111

受付時間/平日9:00~17:00
(土・日・祝・年末年始を除く)



ご請求いただいた資料につきましては、当社または取扱代理店から発送させていただきます。

引受保険会社(少額短期保険業者)
(承認番号) MLAD2406-01

株式会社メモリード・ライフ

〒101-0064 東京都千代田区神田猿樂町2-8-16 平田ビル6階
(登録番号) 関東財務局長(少額短期保険) 第18号

はじめやすい葬儀保険

保険金
一定
プラン

無配当 1 年定期保険（保険金建）

3つの「**や す い**」で **はじめやすい！**

簡単な手続きで！

申込み

や す い

医師の診査は**不要** ※1

簡単な告知書の提出のみ

新規お申込み **満89歳**まで

最長更新 **満99歳**まで

必要な時に！

受取り

や す い

保険金クイック支払サービスにより ※2

死亡保険金の**100%**を**最短翌営業日**にお支払い

様々な用途に！

使い

や す い

保険金の使い道は自由（**10万円単位**で自由設計）

死亡保険金額は**30万円**から**300万円**まで

※1 健康状態などによっては、お引受けできない場合があります。

※2 本サービスの適用条件を満たす場合にかぎり、株式会社メモリード・ライフが死亡保険金請求書類を受付けた日から、最短で翌営業日に死亡保険金の 100%をお支払いします。

はじめやすい葬儀保険 保険料のめやす

無配当 1 年定期保険（保険金建）

死亡保険金額 **100万円**の場合

〔月払保険料（ご契約初年度）〕

プランの一例をご紹介します。

保険料はご年齢により異なりますので、お気軽にお問合せください。

契約年齢 （満年齢）	女性	契約年齢 （満年齢）	男性
60 歳	690 円	60 歳	1,390 円
65 歳	980 円	65 歳	2,110 円
70 歳	1,430 円	70 歳	3,380 円
75 歳	2,320 円	75 歳	5,160 円
80 歳	3,980 円	80 歳	8,180 円
85 歳	7,100 円	85 歳	13,170 円
89 歳	11,350 円	89 歳	19,280 円

保険料のお支払いは、月払、半年払、年払よりお選びいただけます。

- ご契約に際しては、資料をご請求いただき、「ご契約内容（契約概要）」、「特に重要なお知らせ（注意喚起情報）」、「ご契約のしおり・約款」を必ずご一読ください。またお客様（被保険者）がご加入の公的年金（遺族年金）等社会保険から給付される死亡保障（年金ダイヤルまたはお近くの年金事務所にお問合せください。）についてもご勘案の上、ご検討ください。
- 保険料は掛捨てで、1 年更新毎に通常上がります。ご理解の上、お申込みください。上表に記載の無い年齢別保険料については、パンフレット等でご確認いただくか、またはお問合せください。

取扱代理店（少額短期保険募集人）

✂ キリトリ

料金受取人払郵便



差出有効期限
2025 年
1月31日 まで

切手を貼らずに
ご投函ください

郵便はがき

1 0 1 8 7 9 6

5 0 4

（受取人）

東京都千代田区神田猿楽町2-8-16
平田ビル6階

（株）メモリード・ライフ
資料請求係 行



フリガナ		
お名前	性別	☐ 男性 ☐ 女性
生年月日	年 月 日	お電話 — —
〒	都 道 区 郡 府 県 市	
区 町 村		
取扱代理店 （取扱者）	担当者印	
チラシの中で興味を 持たれた内容を お選びください。	☐ 加入可能年齢 ☐ 保険料 ☐ 医師の診査不要 ☐ 保険金クイック支払サービス ☐ キャンペーン ☐ その他（ ）	

ご記入いただいた個人情報は、当社商品・サービスのお知らせ、資料等の発送のみに利用させていただきます。なお、ご請求いただいた資料につきましては当社または取扱代理店から発送させていただきます。