

医療保険・がん保険見積依頼書

FAX送信先：JTS保険課 03-6311-7337

お名前	フリガナ _____
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
住所	〒 _____ - _____ フリガナ _____ _____ _____
電話番号	_____ - _____ - _____
J-NET	_____ - _____
所属部署	_____
社員番号	_____

申し込みについて

- 現在アフラック、オリックス生命、東京海上あんしん生命での契約の有無

なし あり

- 申込区分 新規 中途付加

- ご希望の保険会社と保険種類

◆アフラック 医療 がん ◆オリックス生命 医療 がん
◆東京海上あんしん生命 医療 がん ◆損保ジャパンひまわり生命 医療 がん
◆メットライフ生命 医療

被保険者について

- 被保険者 契約者と同じ
 契約者と異なる

お名前	フリガナ _____
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
住所	<input type="checkbox"/> 契約者と同じ <input type="checkbox"/> 契約者と異なる
	〒 _____ - _____ フリガナ _____ _____ _____

■個人情報の取り扱いについて

当社は、このお見積依頼書にご記載の個人情報をもとに、お客さまのニーズに合った医療保険・がん保険のプランをご提案させていただきます。ご提出のFAXシートに関する個人情報を、当社が保険代理店契約を締結している保険会社に提供することに同意の上、ご記入ください。