

傷害・その他新種等 保険お見積り依頼シート

- 現在他社でご契約あり→下記にご記入のうえ現在ご加入の保険証券を一緒にお送りください。
 新規でのご契約 →下記にご記入ください。

※★印は必須事項になりますので必ずご記入ください。

★ お客様(ご契約者)の情報			
お名前	フリガナ	性別	○男 ・ ○女
		生年月日	年 月 日
ご住所(お見積書のご郵送先)	(〒 -) (ご連絡先Tel - -)		
メールアドレス(ある方のみ)			

★ お見積希望(ご希望の項目にチェックをつけてください)			
<input type="checkbox"/>	① ケガにより亡くなられた場合の補償や入院・手術などの医療補償	<input type="checkbox"/>	② ケガ・病気で働けなくなった場合の収入補償
<input type="checkbox"/>	③ 国内旅行時のケガ等の補償	<input type="checkbox"/>	④ 日常生活全般における賠償責任
<input type="checkbox"/>	⑤ ゴルフ中の補償(賠償責任含)	<input type="checkbox"/>	⑥ その他相談希望

★ 被保険者(保険をかけた人)の情報			
被保険者氏名	フリガナ	続柄	
	<small>※契約者と同一の場合は不要です</small>		
被保険者住所	<small>※ご契約者と同一の場合は記入不要です</small> (〒 -)		
性別	○男 ・ ○女	生年月日	年 月 日
職業		職種	

★ 保険始期・期間(いつから保険をかけたいですか)	
保険始期	<input type="checkbox"/> 可能な限り直近で / <input type="checkbox"/> 年 月 日
保険期間	<input type="checkbox"/> 1年 <input type="checkbox"/> 2年以上(保険種類により引受できない場合がありますので、ご注意ください)

Marubeni
Safenet



丸紅セーフネット株式会社(リテールサポート課)

〒102-0084 東京都千代田区二番町3番地 麹町スクエア3階

FAX : 03-5210-1700

メール : kojinfo@m-inc.co.jp

ご記入の上 FAX 又はメールをお送りください

お客様の個人情報は、お客様へのサービスの目的にのみ使用し、それ以外の目的では使用いたしません。
また、いただいた個人情報等を、ご本人の許可なく第三者に提供することはありません。