

ご希望書

ご記入日： 年 月 日

この保険商品は、主に「病気(ガンを含む)やケガの保障」に対応することのできる保険商品です。
本商品の詳しいご案内やお申込みをご希望の方は、以下の必要事項にご記入のうえ、生協事務局までご提出ください。

職場班名		組合員番号	
組合員氏名	フリガナ		
	漢字		
連絡先電話番号	職場・自宅・携帯 ()		
資料送付先住所	〒		

※手続きにあたり本書面に記入した事項を、引受保険会社であるアクサ生命保険株式会社に提供することに同意いたします。

ご希望欄

被保険者 (保障の対象となる方)							ご希望内容 (入院給付金日額コースをご選択のうえ、○で囲んでください。)		
							終身保障型ベスト	5年更新型	
フリガナ							10,000円コース	10,000円コース	
漢字									
性別	男性 女性	生年 月日	昭和 平成	年	月	日	続柄 ()	5,000円コース	3,000円コース
フリガナ							10,000円コース	10,000円コース	
漢字									
性別	男性 女性	生年 月日	昭和 平成	年	月	日	続柄 ()	5,000円コース	3,000円コース
フリガナ							10,000円コース	10,000円コース	
漢字									
性別	男性 女性	生年 月日	昭和 平成	年	月	日	続柄 ()	5,000円コース	3,000円コース
フリガナ							10,000円コース	10,000円コース	
漢字									
性別	男性 女性	生年 月日	昭和 平成	年	月	日	続柄 ()	5,000円コース	3,000円コース

※「終身保障型ベスト」は、ご契約日現在、満14歳以下の方は「入院給付金日額10,000円コース」のご契約はできません。5年更新型は、ご契約日現在、14歳6か月以下の方は「入院給付金日額10,000円コース」のご契約はできません。
○保険契約には、後日お届けする申込書類のご提出が必要です。
○アクサ生命では、お客さまの個人情報を、次のような目的のために利用させていただいております。
・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
・関連会社・提携会社を含む各種商品・サービスのご案内・提供、ご契約の維持管理
・アクサ生命の業務に関する情報提供・運営管理、商品・サービスの充実
・その他保険に関連・付随する業務

その他の商品(保障)をご希望の方へ

今回のご案内以外にご希望の商品(保障)がございましたら、以下にご記入ください。

--