

返信カード

今回ご案内の商品が気になった方は
必要事項をご記入のうえご返送ください。

ご返送
方法

郵送の場合

冊子またはデジタルパンフレット記載の
募集代理店までご返送ください

FAXの場合

FAX **06-6459-6045**
帝人エージェンシー株式会社 行き

Emailの場合

hoken@teijin.co.jp

① 今回ご案内の商品についてご希望の内容に をおつけください。

- 申し込む → 申込書の送付(郵送)を希望する 自宅 または 社内便
 詳しい説明を希望する → 電話 メール WEBによるオンライン相談

② お名前、ご希望商品(医療保険の場合はプランと特約)、ご住所等をご記入ください。

ご本人様 (契約者様) お名前	フリガナ ----- 様	性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
ご希望の 商品	<input type="checkbox"/> 帝人グループ オリジナル医療保険 <input checked="" type="checkbox"/> エコノミープラン <input checked="" type="checkbox"/> ベーシックプラン <input checked="" type="checkbox"/> デラックスプラン	特約 <input type="checkbox"/> ① 三大疾病無制限治療特約 <input type="checkbox"/> ③ 三大疾病一時金特約 <input type="checkbox"/> ⑤ 通院特約 <input type="checkbox"/> ⑦ ケガの特約 <input type="checkbox"/> ⑨ 女性疾病入院特約 <small>*②はエコノミープラン、デラックスプランの場合、付加できません。</small>	<input type="checkbox"/> ② 三大疾病無制限入院特約* <input type="checkbox"/> ④ 三大疾病保険料払込免除特約 <input type="checkbox"/> ⑥ 総合先進医療特約 <input type="checkbox"/> ⑧ 終身特約 <input type="checkbox"/> ⑩ 女性特定手術特約
			<input type="checkbox"/> すでに別の医療保険に加入している
	<input type="checkbox"/> 帝人グループ オリジナルがん保険	特約 <input type="checkbox"/> ① がん要精検後精密検査保障特約 <input type="checkbox"/> ③ がん先進医療・患者申出療養特約 <input type="checkbox"/> ⑤ 外見ケア特約	<input type="checkbox"/> ② がん特定治療保障特約 <input type="checkbox"/> ④ 診断給付金複数回支払特約
現住所 (自宅)	フリガナ ----- 〒		
日中連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先		
メールアドレス	<input type="checkbox"/> 今後、表面記載の募集代理店から商品・サービス等に関する ご案内(メール)が必要な方はチェックをつけてください。		
勤務先	社内便宛	事業所(地区)	
		所属(略称)	

ご家族様でご希望の方はお名前等をご記入ください。

ご家族様 お名前	フリガナ ----- 様	続柄	性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
ご希望の 商品	<input type="checkbox"/> 帝人グループ オリジナル医療保険 <input checked="" type="checkbox"/> エコノミープラン <input checked="" type="checkbox"/> ベーシックプラン <input checked="" type="checkbox"/> デラックスプラン	特約 <input type="checkbox"/> ① 三大疾病無制限治療特約 <input type="checkbox"/> ③ 三大疾病一時金特約 <input type="checkbox"/> ⑤ 通院特約 <input type="checkbox"/> ⑦ ケガの特約 <input type="checkbox"/> ⑨ 女性疾病入院特約 <small>*②はエコノミープラン、デラックスプランの場合、付加できません。</small>	<input type="checkbox"/> ② 三大疾病無制限入院特約* <input type="checkbox"/> ④ 三大疾病保険料払込免除特約 <input type="checkbox"/> ⑥ 総合先進医療特約 <input type="checkbox"/> ⑧ 終身特約 <input type="checkbox"/> ⑩ 女性特定手術特約	
			<input type="checkbox"/> すでに別の医療保険に加入している	
	<input type="checkbox"/> 帝人グループ オリジナルがん保険	特約 <input type="checkbox"/> ① がん要精検後精密検査保障特約 <input type="checkbox"/> ③ がん先進医療・患者申出療養特約 <input type="checkbox"/> ⑤ 外見ケア特約	<input type="checkbox"/> ② がん特定治療保障特約 <input type="checkbox"/> ④ 診断給付金複数回支払特約	

※ご家族欄が不足する場合は、通信欄にご記入ください。

通信欄

【個人情報の取扱いについて】 募集代理店 御中 今回提供する個人情報の貴代理店における利用目的が、アフラックの各種商品やサービスの案内・提供・維持管理であることを確認しました。また、これらの利用目的のために貴代理店がその提携先であるアフラックに登録されている代理店と共同して対応する際には、個人情報が当該代理店に提供されることにつき同意します。

●募集代理店(引受保険会社)につきましては冊子をご覧ください。

AF020-2023-0513 11月8日(251108)