

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。

スマホ・
タブレットは
こちらの入力
フォームから

ご返送
方法

郵送の場合

裏面をご覧ください。

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@teiin.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(がん保険のプランと特約)、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	性別	生年月日
	様	☐ 男性 ☐ 女性	昭和 平成 年 月 日
ご希望の 商品	☐ 帝人グループ オリジナルがん保険	特約 ☒ ① がん要精検後精密検査保障特約 ☒ ② がん特定治療保障特約 ☒ ③ がん先進医療・患者申出療養特約 ☒ ④ 診断給付金複数回支払特約 ☒ ⑤ 外見ケア特約	
現住所 (自宅)	フリガナ 〒		
日中連絡先	☐ 自宅 ☐ 携帯 ☐ 勤務先	()	
メールアドレス	▶ ☐ 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 ① お名前	フリガナ	続柄	性別	生年月日
	様		☐ 男性 ☐ 女性	昭和 平成 令和 年 月 日
ご希望の 商品	☐ 帝人グループ オリジナルがん保険	特約 ☒ ① がん要精検後精密検査保障特約 ☒ ② がん特定治療保障特約 ☒ ③ がん先進医療・患者申出療養特約 ☒ ④ 診断給付金複数回支払特約 ☒ ⑤ 外見ケア特約		
ご家族様 ② お名前	フリガナ	続柄	性別	生年月日
	様		☐ 男性 ☐ 女性	昭和 平成 令和 年 月 日
ご希望の 商品	☐ 帝人グループ オリジナルがん保険	特約 ☒ ① がん要精検後精密検査保障特約 ☒ ② がん特定治療保障特約 ☒ ③ がん先進医療・患者申出療養特約 ☒ ④ 診断給付金複数回支払特約 ☒ ⑤ 外見ケア特約		

※ご家族欄が不足する場合は、通信欄にご記入ください。

3 生命保険証券チェックサービス(裏表紙をご覧ください)について

☒ 希望する

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、個人情報当該代理店に提供されることにつき同意します。