

希望書



この保険は、主に「病気(ガンを含む)やケガの保障」を希望される方におすすめの保険です。

先進医療給付特約(12)・3大疾病保険料払込免除特則付医療治療保険(無解約払いもどし金型)(II型)

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、ご提出ください。後日、正式なお申込み手続き書類をお送りいたします。(保険契約には、正式なお申込み手続き書類のご提出が必要です。)

ご記入日	年 月 日		
ご本人さま	フリガナ 漢字 氏名	生年月日	昭和・平成 年 月 日
		性別	男性・女性
ご連絡先電話番号	TEL	-	勤務先・自宅・携帯電話
資料の送付先	勤務先・自宅・その他 ()		
送付先住所	フリガナ 〒		

※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		ご希望を○で囲んでください。		
		基本プラン の基本給付金額	入院給付特則 (A型)	重症化予防一時金・ 見舞金特約
ご本人さま	フリガナ 漢字 氏名	5,000円コース 10,000円コース	付加する	付加する
ご家族さま	フリガナ 漢字 氏名	5,000円コース 10,000円コース	付加する	付加する
	生年月日 昭和・平成 年 月 日 性別 男性・女性			
ご家族さま	フリガナ 漢字 氏名	5,000円コース 10,000円コース	付加する	付加する
	生年月日 昭和・平成 年 月 日 性別 男性・女性			
ご家族さま	フリガナ 漢字 氏名	5,000円コース 10,000円コース	付加する	付加する
	生年月日 昭和・平成 年 月 日 性別 男性・女性			

※アクサ生命引受けの他のご契約との通算引受限度により、ご契約いただける基本給付金額などが制限される場合があります。

●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、ご記入ください。

【個人情報のお取扱いについて】

○アクサ生命は、お客さまの個人情報を、①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、②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、③当社業務に関する情報提供・運営管理、商品・サービスの充実、④その他保険に関連・付随する業務のために利用します。

○株式会社小田急保険サービスでは、個人情報保護の重要性を認識し、個人情報の保護に関する法律(個人情報保護法)及び関連法令、ガイドラインなどを遵守し、お客さまよりお預かりした個人情報の適正な取り扱いを実施いたします。弊社は個人情報の取り扱いが適正に行われるように、全役員及び従業員への教育・指導を徹底し、継続的に改善を行い、適正な取り扱いが行われるよう取り組んでまいります。また、個人情報保護法に関する社内体制の整備・維持・改善に努めてまいります。詳しくはホームページ(<http://www.odakyu-is.jp/>)にて、ご確認ください。

【団体名/事務局】 小田急電鉄株式会社 小田急グループ共済組合

【取扱募集代理店】 株式会社小田急保険サービス

【引受保険会社】 アクサ生命保険株式会社