

下記事項にご記入の上、FAXを送信してください。 FAX番号:03-3233-2704(パリュール・エージェント行)
 加入日は毎月1日となります。FAX締切は前月15日まで

【 加入者(職員)情報 】

カナ		TEL	
お名前		生年月日	年 月 日
		性別	男性・女性
カナ		所属 事業所名	
ご住所		職員コード (10桁)	
申込書の 送付希望先	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> お勤め先	

【 被保険者(補償の対象となる方)情報 】

加入者と異なる	加入者と同じ	※ご家族で補償に加入される場合は、お一人一枚ずつ記入してください。
---------	--------	-----------------------------------



・異なる場合は下記にご記入ください

カナ		生年月日	年 月 日
お名前		性別	男性・女性

傷害補償、所得補償をお申込の場合は下記の職業に丸を付けてください。

<input type="checkbox"/> 医師	<input type="checkbox"/> 薬剤師	<input type="checkbox"/> 看護師	<input type="checkbox"/> 保健師	<input type="checkbox"/> 助産師	<input type="checkbox"/> 事務職等	<input type="checkbox"/> 営業職	<input type="checkbox"/> 自動車運 転者	<input type="checkbox"/> 運輸従事 者
<input type="checkbox"/> 金属製造加 工作業者	<input type="checkbox"/> 建設作業 者	<input type="checkbox"/> 家事従事 者	<input type="checkbox"/> 学生	<input type="checkbox"/> 無職者	<input type="checkbox"/> その他 ()			

【 補償内容 】

《希望される補償に○を付けてください。口数もご記入ください。》

医療補償

<input type="checkbox"/> 180E	<input type="checkbox"/> 180I	<input type="checkbox"/> 180M	…特約 セット無	その他の プラン	支払 限度日数	日型	(60・120・ 180・360)
<input type="checkbox"/> 180H	<input type="checkbox"/> 180L	<input type="checkbox"/> 180P	…特約 セット有		タイプ名		(A～T)

傷害補償

本人型	<input type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> A3	<input type="checkbox"/> A4	<input type="checkbox"/>	○1～○3タイプ3口まで □○4タイプ1口のみ
夫婦型	<input type="checkbox"/> B1	<input type="checkbox"/> B2	<input type="checkbox"/> B3	<input type="checkbox"/> B4		
家族型	<input type="checkbox"/> C1	<input type="checkbox"/> C2	<input type="checkbox"/> C3	<input type="checkbox"/> C4		

傷害補償の特約

携行品

本人型	<input type="checkbox"/> A
夫婦型	<input type="checkbox"/> B
家族型	<input type="checkbox"/> C

ホールインワン・
アルパトロス費用

本人型	<input type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/> A2
夫婦型	<input type="checkbox"/> B1	<input type="checkbox"/> B2
家族型	<input type="checkbox"/> C1	<input type="checkbox"/> C2

救援者費用

家族型	<input type="checkbox"/> A
-----	----------------------------

個人賠償責任

家族型	<input type="checkbox"/> A
-----	----------------------------

(2枚目に続く)

【 補償内容 】

《希望される補償に○を付けてください。口数もご記入ください。》

がん補償

<input type="radio"/> A1	<input type="radio"/> A2	<input type="radio"/> A3
<input type="radio"/> B1	<input type="radio"/> B2	<input type="radio"/> B3

…女性プラン

介護補償

<input type="radio"/> A1	<input type="radio"/> B1	<input type="radio"/> C1
<input type="radio"/> A2	<input type="radio"/> B2	<input type="radio"/> C2

所得補償

<input type="radio"/> A	<input type="radio"/> B	<input type="radio"/> C
-------------------------	-------------------------	-------------------------

<input type="checkbox"/>

1口5万円

1口～20口で記入してください

ご記入ありがとうございました。
こちらの情報をもとに、加入依頼書を作成し、お送りいたしますので
少々お待ちくださいませ。

記入頂きました内容に関しまして、改めて確認をさせて頂く場合がございます。
あらかじめご了承くださいませ。

《問い合わせ先》

保険代理店 バリュー・エージェント (営業時間: 平日9:30~18:00)
TEL :0800-111-2701 (03-3233-2700)
メール:jcho@value-agent.co.jp
FAX :03-3233-2704

個人情報の取扱いに関するご案内

保険契約者である企業または団体は東京海上日動火災保険株式会社に本契約に関する個人情報を提供いたします。東京海上日動火災保険株式会社および東京海上グループ各社は、本契約に関する個人情報を、保険引受の判断、本契約の管理・履行、付帯サービスの提供、他の保険・金融商品等の各種商品・サービスの案内・提供、アンケート等を行うために利用する他、下記①から⑤の利用・提供を行うことがあります。なお、保健医療等の特別な非公開情報(センシティブ情報)の利用目的は、保険業法施行規則により、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定されています。

- ①本契約に関する個人情報の利用目的の達成に必要な範囲内で、業務委託先(保険代理店を含みます。)、保険仲立人、医療機関、保険金の請求・支払いに関する関係先、金融機関等に対して提供すること
- ②契約締結、保険金支払い等の判断をするうえでの参考とするために、他の保険会社、一般社団法人日本損害保険協会等と共同して利用すること
- ③東京海上日動火災保険株式会社と東京海上グループ各社または東京海上日動火災保険株式会社の提携先企業等との間で商品・サービス等の提供・案内のために、共同して利用すること
- ④再保険契約の締結、更新・管理、再保険金支払等に利用するために、再保険引受会社等に提供すること
- ⑤質権、抵当権等の担保権者における担保権の設定等に係る事務手続きや担保権の管理・行使のために、その担保権者に提供すること

詳しくは、東京海上日動火災保険株式会社のホームページ(<http://www.tokiomarine-nichido.co.jp/>) をご参照ください。