

# 契約希望書返信用シート

締切日		取りまとめ先		佐賀県電器商業組合	
所 属		性別	フリガナ		
		男			
		女	様		
連絡先住所	〒	フリガナ			
	都 道 府 県				
TEL ( )		—	生年月日	昭和	年 月 日

## 契約のご案内

詳しくはパンフレットをご覧ください。



1 希望する

2 説明を望む

3 希望しない

ご希望のコースを○で囲んでください。

本人コース3倍  
入院給付金日額 30,000円 →  円

本人コース2倍  
入院給付金日額 20,000円 →  円

本人コース1倍  
入院給付金日額 10,000円 →  円

〔保険料払込期間：終身〕 集団取扱・月払



1 希望する

2 説明を望む

3 希望しない

ご希望のコースを○で囲んでください。

ご年齢やご職業等によっては入院給付金日額5,000円コースとなる場合があります。

コース2  
入院給付金日額 10,000円 →  円

コース1  
入院給付金日額 5,000円 →  円

〔保険料払込期間：終身〕 個別取扱・月払

上記以外の保険商品【「介護保険」・「死亡保険」】をご希望もしくは、ご家族様の保障をご検討いただく場合は左記までご連絡ください。

お問い合わせ  
フリーダイヤル **0120-77-6556**  
(株)フレックスファミリー 〒815-0032 福岡市南区塩原2-7-10

<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事につき同意します。