

FAX 03-6262-7494

全中連 行

〈全中連〉所得補償サポートプラン 資料請求依頼書 兼 見積依頼書

ご希望される項目に ☒ をお付けください。

☐ 〈全中連〉所得補償サポートプランの詳細資料を希望する。

貴社名	フリガナ		
ご担当者様名	フリガナ		
住所	フリガナ		
TEL		FAX	
事業者届出番号・登録番号		メールアドレス (お見積書のメール送付をご希望の場合)	
		@	

☐ 見積りを希望する。お見積りをご希望の方は下記の項目をご記入ください。

● 加入希望月 西暦 _____ 年 _____ 月 1 日

● 被保険者となる方の年齢 満 _____ 歳

● 希望する月々の保険金額 ☐ 10万円 ☐ 20万円 ☐ 30万円

「個人情報の取扱いについて」ご提出いただいた資料請求依頼書 兼 見積依頼書の個人情報について、取扱代理店(株式会社ワイズマン)および損害保険契約を締結している引受保険会社に提供することをご同意のうえ、ご記入くださいますようお願いいたします。

このチラシは概要のご説明です。詳しい内容はパンフレットをご覧ください。詳細は取扱代理店または損保ジャパンまでお問い合わせください。

〈取扱指定代理店〉

〈引受保険会社〉

損害保険ジャパン株式会社

営業開発部 第一課

〒160-8338 東京都新宿区西新宿1-26-1

TEL 03-3349-3322 FAX 03-6388-0155

(受付時間：平日の午前9時から午後5時まで)

〈幹事代理店〉

株式会社ワイズマン 東京支店

〒103-0004 東京都中央区日本橋人形町1-4-1 内山ビル2階

TEL 03-5623-6455 FAX 03-5623-6488

(受付時間：平日の午前9時から午後5時まで)