

公益社団法人隊友会「三大疾病保障保険」

お手数ではございますが、説明希望等の方におかれましては下記連絡先まで当希望確認票のご提出をお願いいたします。
説明希望のお申し出をいただいた方におかれましては、後日ご連絡をさせていただきます。

□ 枠内に✓をご記入ください。

- 新規加入を検討します
- 説明を聞きたい
- その他ご要望()

● 連絡先記入欄

下記の【個人情報のお取扱いについて】に同意いたします。

お名前 (※必須記入)		
ご住所	郵便番号	生年月日
		年 月 日
ご連絡先 (※必須記入)	自宅番号: 携帯番号:	性別
		<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女

● ご提出先

当用紙は隊友会事務局までFAXでご提出ください。
FAX番号:03-5362-4876

【個人情報のお取扱いについて】

本希望確認票に記載の個人情報は、保険制度運営等のために、公益社団法人隊友会および生命保険会社の事務幹事会社の間で相互提供いたします。

【個人情報の利用目的】

本希望確認票に記載の個人情報については、公益社団法人 隊友会および隊友会が保険契約を締結する生命保険会社が以下の目的で使用いたします。
生命保険会社の事務幹事会社(明治安田生命保険相互会社)の個人情報の取扱いにつきましては、ホームページ(<http://www.meijiyasuda.co.jp>)をご参照ください。

<公益社団法人 隊友会>・本保険の加入案内

<生命保険会社>

- ・各種保険契約の引受け・継続・維持管理、保険金・給付金等の支払い
- ・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
- ・その他保険に関連・付随する業務

制度内容等詳細についてはパンフレットをご一読ください。

MY-A-17-LF-003858