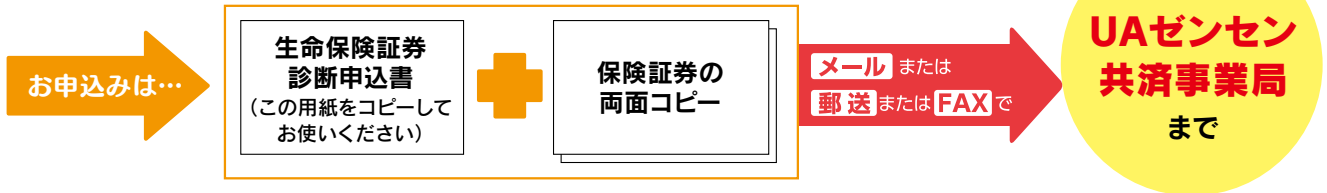


無料

生命保険証券診断

さあ、チャレンジ！ 今、入っている生命保険を診断してみましょう。
保障に過不足があれば、UAゼンセンの専門家からアドバイスがもらえます。

UAゼンセン共済事業局では「**生命保険証券診断**」を実施中！！



生命保険証券診断申込書

メール送信先

kyosai@uazensen.jp

※メール送信いただく場合には、タイトルに「保障見直し」と記載してください。

FAX送信先

03-3288-3708

UAゼンセン共済事業局 御中

郵送先

〒102-8274 東京都千代田区九段南4-8-19
CIRCLES+市ヶ谷駅前2階

以下の情報に基づく生命保険証券診断を申し込みます。

申込日 年 月 日

申込者氏名	フリガナ		TEL		
組合名	日本介護クラフトユニオン		共済加入者番号		
			※未加入者は不要です。		
申込者の 家族構成 ※必ず記入して ください。	本人	男性・女性	未婚・既婚	生年月日	昭和・平成 年 月 日(歳)
	家族 有・無	家族 有 の場合	配偶者	生年月日	年 月 日(歳)
			子ども	生年月日	年 月 日(歳)
			子ども	生年月日	年 月 日(歳)
			子ども	生年月日	年 月 日(歳)
現在加入の 保険・共済 ※保険証券のコピーを 添付してください。 (両面)	加入者		会社名・商品名	保険料月額	
	本人・配偶者・子ども			円	
	本人・配偶者・子ども			円	
	本人・配偶者・子ども			円	
見直しの要望点 ※○印を付けて ください。	① 掛金を安く ② 医療保障を重点に ③ 介護保障を重点に ④ 老後積立を重点に ⑤ 住宅保障を重点に ⑥ その他 ()				
診断書の 送付方法	メール・郵送・FAX を希望 (注)郵送を希望される方は、下記に住所を記入してください。なお、メール・FAXをご希望される場合には、送信いただいた宛先と返信先が異なる場合には、記載ください。				
	〒	-			
	メールアドレス	FAX番号			
平均月間所得 (年間総収入÷12)	■医療共済の休業保障特約・給与保障共済にご加入を希望される方のみ○印を付けてください。(注)年間総収入とは源泉徴収票の「支払金額」です。(利子所得・年金等を含まない金額とします。)				
	30万円以上	22.5万円以上	15万円以上	9万円以上 6万円以上	
自動車保険・ 共済の見直し	希望する	希望しない	※掛金お見積もりにあたりましては、お車の「車検証」、現在ご契約の「保険証券(共済契約証書)」をご用意ください。		

※個人情報の取扱:共済事業局、本申込により取得した個人情報を診断サービスにのみ利用します。

※「自動車保険・共済の見直し」については、こくみん共済 coopと連携し、マイカー共済をご案内いたします。