

# ご意向チェックシート

申込をご希望の方は、下記必要事項をご記入の上ご提出ください。  
(ご意向チェックシートをご提出後、申込書一式を送付します。)

## 1 お客様情報をご記入ください。

申込者 お名前	フリガナ -----	性別	生年月日
		男・女	(S)(H)(R) 年 月 日
ご希望のプランに☑をしてください。		ご希望のオプションに☑をしてください。	
<input type="checkbox"/> シンプル <input type="checkbox"/> あんしん <input type="checkbox"/> しっかり		<input type="checkbox"/> 女性疾病 <input type="checkbox"/> がん自由診療	
会社名・勤務先		部署名	
所属コード	社員番号	日中ご連絡先	

## 2 ご家族(\*1)様の保障またはご家族のみご希望の場合、以下情報をご記入ください。

ご家族様 お名前	フリガナ -----	性別	生年月日
		男・女	(S)(H)(R) 年 月 日
続柄	ご希望のプランに☑をしてください。		ご希望のオプションに☑をしてください。
配偶者・子ども・父母・その他 ( )	<input type="checkbox"/> シンプル <input type="checkbox"/> あんしん <input type="checkbox"/> しっかり		<input type="checkbox"/> 女性疾病 <input type="checkbox"/> がん自由診療
ご家族様 お名前	フリガナ -----	性別	生年月日
		男・女	(S)(H)(R) 年 月 日
続柄	ご希望のプランに☑をしてください。		ご希望のオプションに☑をしてください。
配偶者・子ども・父母・その他 ( )	<input type="checkbox"/> シンプル <input type="checkbox"/> あんしん <input type="checkbox"/> しっかり		<input type="checkbox"/> 女性疾病 <input type="checkbox"/> がん自由診療

\*1 ご家族とは、配偶者(内縁を除きます)および2親等以内の血族(祖父母・父母・兄弟姉妹・子・孫)をいいます。姻族は、同居であっても対象となりません。

## 3 ご意向についての質問

今回、ご意向を推定しご案内している商品は「京セラ長生き医療保険(かんたん告知・終身保障型)」です。こちらは、病気やケガへの保障をご希望の方にお勧めの商品です。

【ご意向の種類】	病気(*2)・ケガ	がん(*3)	死亡	介護	貯蓄(*4)
	●	-	-	-	-

\*2 「病気」には、「がん」も含まれます。 \*3 がん以外の病気は含みません。 \*4 貯蓄とは、老後資金準備金等をさします。

質問1 (記入必須)どのような分野の保障をご希望ですか？

質問1	当初意向(お客様ご記入欄)	最終意向(KIC記入欄)
	西暦 記入日→ 年 月 日	西暦 年 月 日
(1)病気やケガの保障をご希望ですか？	<input checked="" type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> はい
(2)がんの保障をご希望ですか？	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> はい
(3)死亡時の保障をご希望ですか？	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> はい
(4)介護の保障をご希望ですか？	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> はい
(5)資金準備のための保障をご希望ですか？	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> はい
(6)貯蓄性を必要とされていますか？	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> はい

今回ご提案の内容には含まれておりません。  
ご希望の場合は、【通信欄】にご記入ください。

質問2 保険期間・保険料・保険金額の範囲等について、ご希望はありますか？  
その中で、特に優先する事項はありますか？(ある場合のみ記入)

【お客様ご記入欄】

個人情報のお取り扱いについて

当カードにより取得する個人情報については、取引保険会社の保険商品等の案内、募集、各種サービスのご提供、アンケート等を行うために利用させていただきます。