

アフラック代理店 有限会社ピービーピーより資料をご案内いたします。
アフラックのページより内容を参照いただき、下記シートをお送りください。

資料請求シート

健康保険証に記載されている下記内容をご確認ください。

記号	番号	氏名	生年月日
			昭・平・令 年 月 日

ご案内します商品やご質問は弊社営業担当より折り返しご連絡いたします。

日中出られる電話番号	
携帯番号	
MAIL-address	
ご希望の時間帯	いつでもよい・月・火・水・木・金 AM・PM

現在ご契約されている証券番号をご記入ください。

証券番号	
------	--

ご希望の商品に○してください。

	資料希望	既存の保険見直し希望
がん保険		
医療保険		
終身保険		
介護保険		
休職保険		
その他 (学資・資産形成)	ご希望商品・保障内容をご記入ください。	

上記ご希望商品につきまして、ご質問等ございましたらお知らせください。
(家族の保障を検討したい・現在の契約見直しなど)

--