

お問い合わせ票

S I

S

明治安田生命保険相互会社
法人サービス部
退職事務サポートグループ(個人契約担当) 行
(FAX:0120-161-626)

記入日

年 月 日

※契約者さま本人がご記入ください

契約者氏名	生年月日
	年 月 日
住所	都 道
〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	府 県
保険証券番号	被保険者番号

お問い合わせ内容をこちらにご記入ください

○個人情報の取り扱いについて

- 当社はお客さま情報を、必要に応じ、以下の目的で利用させていただきます。
- 各種保険契約のお引き受け、ご継続・維持管理、保険金・給付金等のお支払い
 - 子会社・関連会社・提携会社等を含む、各種商品・サービスのご案内・提供、ご契約の維持管理
 - 当社業務に関する情報提供・運営管理、商品・サービスの充実
 - その他保険に関連・付随する業務
- なお、当社におけるお客さまに関する情報の取扱いについては、ホームページ (<https://www.meijiyasuda.co.jp/>)をご覧ください。