無料 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「保険証券診断」を実施中!!

お申込みは…

保険証券診断申込書（この用紙をコピーしてお使いください）＋保険証券の両面コピー

メールまたは郵送またはFAXで

UAゼンセン共済事業局まで

保険証券診断申込書

UAゼンセン共済事業局 御中

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
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
	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。
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
（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。）

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。