

自由診療保険メディコム [返信カード]

契約、説明、資料請求をご希望の方は[返信カード]をご記入のうえ
添付してメール ⇒ **sonpo@otsuka.jp** へ送信ください。

※記入いただいたカードを撮影の上、メールへ添付送信でも構いません。
なお、ご不明な点などございましたら、お気軽にメールにてお問合せください。

■ご希望の番号を○で囲んでください。

① 契約を希望する ② 説明が聞きたい ③ 資料請求がしたい

■お名前等をご記入ください。

お名前（フリガナ）	生年月日	年	月	日
	性 別	男	女	

■補償の対象となる方をご記入ください。（上記と同じ方の場合は不要）

お名前（フリガナ）	生年月日	年	月	日
	性 別	男	女	

■会社名・部署名と社員番号をご記入ください。

会 社 名	（	）	部 署 名	（	）
社 員 番 号	（	）			

【個人情報の取扱いについて】

お客様からお預かりした情報は、セコム損害保険株式会社が取扱う商品の販売サービスの案内・提供のために利用します。

<募集代理店>

大塚倉庫株式会社 保険事業部

〒771-0130徳島県徳島市川内町加賀須野463-53

※本保険におきましては、当社はお客様とセコム損保の保険契約締結の媒介を行います

<引受保険会社>

SECOM セコム損害保険株式会社

※乳がんをご経験された方は別商品をご案内することが出来ますのでご相談ください。