

アイシンメロウプラン(定年後保障)手続依頼書 (90才満了医療保障・終身医療保障のご案内)

提出期限 月 日 ( )

会社	XX	保険期間	終身医療 2022年3月1日～終身
申込日(記入日)	年 月 日	住所	フリガナ 漢字
本人名	フリガナ 漢字	申込印欄	印
氏名CD	A00001	生年月日	昭和 年 月 日 男

加入選択

どちらかに○印をつけてください。  
 『加入する』を選択時、以下の点検箇所にも○印をご記入ください。

加入する  加入しない

2022年3月の更改は自動継続となります。

★「注意事項」をご確認の上、下記ご加入欄の○印を選択してください。  
 ★ A-1、A-2はいずれか一方、または両方の組み合わせでご加入いただけます。

型	保障内容	移行保険料	注意事項
A-1 90才満了医療保障	1型	99,999円	アイシングループ総合保障の入院日額+休業保障日額の合計がYYYYY円/日以下の保障額にご加入できます。
	2型	99,999円	
	3型	99,999円	
A-2 終身医療保障	基本保障	99,999円	A-1が***の場合のみご加入できます。
	基本保障	99,999円	
	先進医療	99,999円	

型	移行保険料	型	移行保険料	注意事項
B レジャー保障	99,999円	3型	99,999円	ご本人様のA-1へのご加入が必須となります。
	99,999円	4型	99,999円	

100969 001XXXXXX  
 2021年11月作成 21-T006286  
 改191024

① 住所、お名前、連絡先、生年月日等を漏れなくご記入をお願い致します。

② 『加入する』『加入しない』のどちらかのご選択をお願い致します。  
 加入する方は③へ進み、加入しない方は③以降を記入せずにご提出をお願い致します。

③ コースのご選択をお願い致します。  
 また、配偶者も加入希望の場合は配偶者のプランもご選択願います。  
 ※90歳満了コース3型や終身コースに線が引かれている場合は加入要件を満たしておりません。  
 加入要件はパンフレットP1、P2をご確認ください。

④ オプションを付帯希望の場合はご選択願います。  
 ※オプションは90歳満了コースのみ付帯可能です。

※終身コースをご選択頂いた場合、正式手続き書類を改めてご案内致します。