

FAX番号 0852-23-5295

依頼日 年 月 日

A I Uのスーパー任意労災補償制度 お問い合わせシート

A I Uのスーパー任意労災補償制度についてのお問い合わせを希望される会員の方は下記ご記入のうえ、FAXまたお電話にてご連絡ください。

追って担当者よりご連絡させていただきます。

(ご希望の項目にチェック印をご記入ください)

- A I Uのスーパー任意労災補償制度に加入したい
- 詳しい説明を聞きたい
- 見積もりを作成してほしい
- その他希望 ()

(貴社ご連絡先)

【貴社名】 _____

【ご住所】 _____

【担当者】 _____

【電話番号】 _____

【FAX番号】 _____

当社は取得しましたお客様の個人情報を当該業務に必要な範囲で利用します。それ以外の目的に利用する事はありません。

お問い合わせの際、下記内容をお聞きします。

- ① 「記名式プラン」「年間売上高プラン」のいずれかで加入されますか？
- ② 「記名式プラン」の場合は、加入者のお名前、生年月日をお聞きします。
- ③ 「年間売上高プラン」の場合は、年間売上高が確認できる「決算書」「確定保険料申告書」「その他 売上高が記載してあるもの」のいずれかが必要となります。
- ④ お仕事の内容をお聞きかせください。職種や作業状態による職業タイプで保険料が異なります。
- ⑤ ケガ・病気問わず申し込みの際に「告知事項」がありますのでお答えいただきます。

■ お問い合わせ先：島根県建築組合連合会 補償制度引受会社

A I U保険会社 松江支店 代理店 クラスタ保険 (担当：高橋 満)

〒690-0049

島根県松江市袖師町7-19 光伸ビル 102

TEL (0852)-59-5266 FAX (0852)-23-5295

グループ傷害保険 メディカル総合保険特約及び葬祭費用保険金支払い特約付き ARF-088

このチラシは保険の概要をご案内したものです。詳細につきましてはパンフレットをごらんいただくか、弊社取扱い代理店のお問い合わせください。