

傷害総合保険(こども型)を申込みます!

FAX : 075-255-4175 プレントラストコーポレーション(株) 行き

1. ご希望プラン (いずれかに○)

 A ・ B

2. 住所 〒

3. 電話番号 (ご自宅・携帯)・FAX 番号

_____ 携帯 _____

FAX _____

4. 契約者氏名 (保護者さま)

_____ カナ

5. お子さま氏名・生年月日・性別

_____ カナ

生年月日 平成 年 月 日 性別 男 ・ 女

6. ご卒園の保育園名

_____ 保育園 (所)

- 弊社の個人情報の取扱いにつきましては、弊社のホームページをご参照ください。 <http://www.btckyoto.co.jp>
なお、適切で分かりやすい資料にてご提案させていただく為に、同個人情報を弊社が損害保険代理店委託契約を締結している損害保険ジャパン日本興亜株式会社に提供することにご同意のうえ、お申込みください。
- このFAXの受取人は、お客さまの個人情報を申込書類および、ご案内等の送付目的以外では利用しません。

4/1加入ご希望の場合は、3/8日までにご連絡ください!

3/8以降にご連絡いただいた場合、5/1以降の補償開始となる場合がございますので、ご了承ください。



プレントラストコーポレーション株式会社

〒604-8246 京都市中京区小川通三条下 BTCビル2F TEL : 075-255-4145 FAX : 075-255-4175
URL : <http://www.btckyoto.co.jp> E-mail : btc@btckyoto.co.jp