

<見直し相談シート>

「保険の見直しは、自分ひとりではちょっと不安、よくわからない」という方のために
「見直し相談」をFAXで受け付けます。



相談内容が複雑な方には、専属
ファイナンシャルプランナー
が証券分析を行い、お答えいた
します。 高校生協組合員につ
いては、相談料は無料です。

ご相談を希望される方は、下記相談シートに記入し、FAXでお申込下さい。

FAXがない場合には、郵送いただくか、電話で下記内容をお話しいます (TEL 026-234-1358)。

<FAXあて先> 長野高校生協 担当 中島

Fax to 026-234-3549

ご本人について (家計を支える主な収入を得る人)			
氏名 ・性別			
生年月日	年	月	日生 (才)
学校			
自宅住所			
連絡先電話番号	自宅 / 学校	TEL	FAX
ご家族について			
配偶者氏名・性別	男・女	第2子氏名・性別	男・女
生年月日	年 月 日生	生年月日	年 月 日生
職業		第3子氏名・性別	男・女
第1子氏名・性別	男・女	生年月日	年 月 日生
生年月日	年 月 日生	その他ご家族	
現在加入している保険の内容について (証券をコピーして、そのままFAXしていただいても結構です)			
	保険会社名	死亡時保障額	入院日額
本人1		円	円
本人2		円	円
配偶者		円	円
子供		円	円
世帯年間保険料			円
相談したい内容について (ご自由にお書きください。)			
			<p>今の保険でいいの？</p>
連絡希望日時			