

**マイライフプラン**  
**アフラックがん保障（終身型）加入希望書**

下記の必要情報を記入のうえ、下記の提出先までご提出ください。

（契約内容の変更をご希望の方はお電話にてお申し出ください。）

企業名 出向者の方は 出向元をご記入ください		
氏名	カナ	
	漢字	
生年月日	S・H・R	年 月 日
従業員番号		
連絡先	TEL	
	E-Mail	@
現住所	〒            ー	
右記で加入を希望される方を ○で囲ってください <small>（家族の場合は人数もご記入ください）</small>	本人      ・      配偶者      ・      家族      （      名）	

<備考>

- ・この加入希望書をご提出いただいた後、正式な申込書を送付させていただきます。
- ・保障の開始日（効力発生日）、保険料控除開始月は申込時期によりマイライフプランのスケジュールと異なります。がん保障専用の申込スケジュールは正式な申込書送付時にご案内いたします。

<提出先>

■メールの場合

上記の必要情報をご入力いただき、本紙を添付のうえ、下記の E-Mail アドレスへ送付ください。

E-Mail：all-soho@tip.toyotsu.net

■郵送の場合

上記の必要情報をご入力いただき、本紙を印刷のうえ、下記の住所へ郵送ください。

住所：〒453-6128 名古屋市中村区平池町 4 丁目 60 番 12 グローバルゲート 28 階

団体営業第二部 アフラックがん保障（終身型）担当者宛

<お問い合わせ先>

豊通保険パートナーズ株式会社 アフラックがん保障（終身型）担当者

TEL：0120-820-880（TEL受付時間 平日・祝日 9：00～18：00）

※トヨタカレンダーの長期休業中は休業させていただきます。