

個人様 ご意向アンケート

以下の記載内容に同意のうえ、提出します。

記入日	平成	年	月	日
-----	----	---	---	---

お名前	(フリガナ)
連絡先	

1. ご希望の保障 (ご希望の内容にチェック☑をしてください)

リスクの種類	特に重視したいご意向	当初意向 (H 年 月 日)	最終意向 (H 年 月 日)
死亡のリスク	一生涯の保障の確保	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	一定期間の重点的な保障の確保	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
重い病気や介護等のリスク	3大疾病に備える保障の確保	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	身体障がい状態に備える保障の確保	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	要介護状態に備える保障の確保	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
医療のリスク	病気やケガによる入院・手術等に備える保障の確保	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	がんによる入院・手術等に備える保障の確保	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
老後等、将来の資金が必要になるリスク	将来の年金の確保	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	まとまった資金の活用による将来の備えの確保	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	お子さまの将来の教育資金等の確保	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他のリスク(相続等)	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. 保険料・保険金額・保険期間・保険会社等 (具体的なご希望がある場合、ご記入ください)

保険料 : _____ 円	資産形成効果がある : <input type="checkbox"/>
保険金額 : _____ 円	保険会社 : <input type="checkbox"/> アフラック(アメリカンファミリー生命保険)
保険期間 : _____ (年・歳)	<input type="checkbox"/> 日本生命保険相互会社
	<input type="checkbox"/> 三井住友海上あいおい生命保険(株)
	<input type="checkbox"/> あいおいニッセイ同和損害保険(株)

代理店記入欄	<input type="checkbox"/> お客様が特に重視された意向等について
	特に重視された意向、追加的に明らかにした意向等 (例) 貯蓄性を最も重視された
	<input type="checkbox"/> 意向の比較についての確認
	いずれかにチェック
	① お客さまの当初意向について説明したうえで、最終意向と相違ないことを確認しました <input type="checkbox"/>
	② お客さまの当初意向について説明したうえで、最終意向との相違点が生じた経緯について説明し、ご理解いただきました <input type="checkbox"/>
	②の場合は、その経緯も記載
取扱者名	取扱者受領日 平成 年 月 日

※ 当社は、本アンケートにご記入いただいたお客様の個人情報をもとに、お客様に対して、当社が取扱う保険商品をお勧めするために利用することがあります。