

説明希望票

説明を希望される方は、FAXをいただくか、QRコード【説明希望フォーム】でご送信ください。

【FAX】 027-221-4029

【説明希望フォーム】



<https://forms.gle/3HSSsrAR9qu798WV8>

ご提出またはご送信いただいた方には、**面談** もしくは **お電話** でご案内いたします。

希望する項目をご選択ください。

加入したい

加入内容を変更したい

変更内容

保障の充実

配偶者の加入

こどもの加入

受取人の変更

減額

その他（

加入内容の説明を聞きたい

勤務先名		電話番号	
ふりがな			(携帯・職場)
氏名		組合員番号 (職員番号)	

■お問合せ・説明希望お申込み先

群馬県庁生協 総務課 **渡辺**

外線:027-221-4028 内線:4805

お電話やメールでのお申込みも可能です。

メールアドレス: info@hot-hitotoki.com

※下記の【個人情報のお取扱いについて】に同意いたします。

※制度内容等詳細についてはパンフレットをご一読ください。

※この保険は共同取扱契約であり、明治安田生命保険相互会社が他の引受保険会社の委任を受けて事務を行います。

引受保険会社は、それぞれの引受金額により保険契約上の責任を負います。なお、引受保険会社等は変更されることがあります。

【個人情報のお取扱いについて】

本説明希望票に記載の個人情報は、保険制度運営等のために、群馬県庁生活協同組合および生命保険会社の事務幹事会社の間で相互提供いたします。

【個人情報の利用目的】

本説明希望票に記載の個人情報については、群馬県庁生活協同組合および同群馬県庁生活協同組合が保険契約を締結する生命保険会社が以下の目的で使用いたします。

生命保険会社の事務幹事会社（明治安田生命保険相互会社）の個人情報の取扱いにつきましては、ホームページ（<https://www.meijiyasuda.co.jp/>）をご参照ください。

群馬県庁生活協同組合

・本保険の加入案内

生命保険会社

・各種保険契約の引受け・継続・維持管理、保険金・給付金等の支払い

・子会社・関連会社・提携会社等を含む各種商品・サービスのご案内・提供、ご契約の維持管理

・その他保険に関連・付随する業務



■引受保険会社

明治安田生命保険相互会社（事務幹事）

日本生命保険相互会社（団体定期保険、積立年金のみ）

第一生命保険株式会社（団体定期保険、積立年金のみ）

明治安田損害保険株式会社（損保部分）