

説明希望アンケート

生活年金共済について説明を希望される方は、
下記をご記入のうえFAXまたはメールにて提出してください。
お電話でご連絡させていただきます。

アンケートのご提出締切日：令和3年10月8日（金）

下記の【個人情報のお取扱いについて】に同意いたします。

氏名、連絡先等をご記入ください。
お電話させていただきます。

氏名	フリガナ
学校名	
連絡先	
連絡する時間帯	： ～ ： を希望
会員番号	
性別	<input type="radio"/> 男性 ・ <input type="radio"/> 女性

メール提出先

【メール】ay-endou@meijiyasuda.co.jp

明治安田生命保険相互会社

【FAX】045-253-3494

公法人第四部 法人営業第一部

【個人情報のお取扱いについて】

本説明希望アンケートに記載の個人情報は、保険制度運営等のために、横浜市立学校教職員互助会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】

本説明希望アンケートに記載の個人情報については、横浜市立学校教職員互助会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。

横浜市立学校教職員互助会

・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