

生命保険・個人年金・学資貯蓄

ご夫妻で保険にご興味がある場合は、お二人の情報が必要です。

日付:

どちらで当保険事務所の連絡先を入手されましたか？			
お名前:	生年月日:	市民権やご滞在ビザ状況:	アメリカでのご滞在年数:
			現在まで 年これから 年滞在予定
ご住所: _____			
(City)		(State)	(Zipcode)
お電話番号: _____		Email Address: _____	
お問合せ方法: <input type="checkbox"/> 電話を希望、 <input type="checkbox"/> Emailを希望			
お電話の場合ご希望のお時間帯: _____			
喫煙歴: _____			
健康状態 (例: 慢性疾患はないか?-高血圧、高コレステロール値、糖尿、心臓病、癌など): _____			
◆生命保険をご希望の場合:			
1) ご希望の保障額がありますか? _____			
2) ご希望の保障期間がありますか? <input type="checkbox"/> 10年 <input type="checkbox"/> 20年 <input type="checkbox"/> 30年 <input type="checkbox"/> 終身 <input type="checkbox"/> その他			
3) 掛け捨てや終身保険などご希望はありますか? <input type="checkbox"/> 掛け捨て <input type="checkbox"/> 終身 <input type="checkbox"/> 現地点では不明			
4) 生命保険を掛けようと思われた目的を教えてください。 _____			
◆個人年金をご希望の場合:			
1) まとまったお金をご入金いただき、退職後にアクセスしていただけますが、ご予算を教えてください。 \$ _____ 位入れた場合のお見積りが欲しい。			
◆学資を貯蓄するプランをご希望の場合:			
1) お子様のご年齢を教えてください。 _____			
◆その他何かありましたらご記入ください。 _____			

ご質問等ございましたら、いつでもご連絡下さい。

Tel: 206-755-7716/ Fax: 1-888-391-5155 / Email: masako@mhinsurance.com