

FAX 03-6689-2025

AIG損害保険株式会社 担当窓口 行

● ● ● 相談依頼シート ● ● ●

～お手数ですが、以下の記載をお願いいたします～

- 保険料が知りたい
- 詳しい内容が知りたい

企業名	ご担当者名 ()
売上高	万円 * 直近の決算書の売上高。(注)ご契約時は損益計算書の写しなどが必要です。
ご住所	〒 -
TEL	
FAX	
メールアドレス	

下記質問事項の回答によって割引が適用される場合がありますのでご確認ください。

No.	質問事項	当てはまる方に○をつけてください。	
1	過去3年間で休業4日以上の方災事故(通勤災害を除く)が無い	はい	いいえ
2	直近1年間で2か月以上連続して長時間労働(時間外労働が80時間以上)に該当する従業員がいない	はい	いいえ
3	バイク通勤を行う補償対象者がいない	はい	いいえ

※このご相談依頼シートにご記入いただいた情報は、AIG 損害保険株式会社の関連する商品・サービスのご案内以外には利用いたしません。
※AIG損保の個人情報の取扱い(プライバシーポリシー)の詳細は、ホームページ(<https://www.aig.co.jp/sonpo/company/direction/privacy-policy>)をご覧ください。

お問い合わせはチラシ裏面のお問い合わせ先までお願いいたします。