

　　　　　あんしんデンタル保険

　　　　　お見積り依頼書

必要事項をご記入の上、弊社までご送付ください。無料にてお見積り致します。

**保険開始日はお見積りに時間を要する場合もございますので最低7 日前に設定頂くようお願いします。**

Email: **medical＠jeib.co.uk**

**★ご契約者の詳細**

会社名 (Company Name）：

ご住所( Address)：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　POST CODE

職種(Industry sector)：

担当者のお名前(Main Admin Detail)：

お電話番号 (Telephone No)：

Email:

**保険開始日( Start Date)： / /20**

**★質問事項**

1. **Currently Insured: YES/NO**
2. **Payment Frequency ANNUAL/MONTHLY/QUARTERLY**
3. **Payment Method Cheque/Direct debit**

**COVER　補償内容をお選びください。（PLANかCHOICEをお選び頂きます様お願いします。**

**LEVEL及びCHOICEは2種類までとさせて頂きます。**

**A.DENTAL PLAN （ ）及び以下のLEVELをお選びください**

**LEVEL 1 ( ) LEVEL 2 ( ) LEVEL 3 ( ) LEVEL 4 ( ) LEVEL 5 ( )**

Simple, flexible and easy to manage, Bupa Dental Plan gives your clients’ employees the freedom to stay on top of their oral health with the dentist of their choice.

* Ideal for businesses of all sizes with bespoke options available
* Six different levels of cover to choose from – Core or Levels 1 to 5
* Benefits arranged in categories or ‘pots’ for added flexibility
* Generous preventative treatment limits
* A separate benefit pot for fillings and root canal treatment, helping the restorative pot go further
* Preventative Care Promise – preventative treatment covered in full with levels 3 ,4 and 5 at participating Bupa practices
* No forms, no fuss claiming – employees can settle their treatment claims in selected practices in the Bupa dental insurance network

**B.DENTAL CHOICE （ ）及び以下のCHOICEをおえらびください。**

**Core ( ) CHOICE 2 ( ) CHOICE 3 ( ) CHOICE 4 ( )**

A cost-effective option that offers the reassurance of itemised dental benefits and the freedom to use any dental practice.

* Ideal for businesses of all sizes
* Five different levels of cover to choose from – Core, Choice 2, Choice 3 and Choice 4
* Benefits itemised – gives visibility of limits for specific procedures
* Benefits greatly simplified and improved, now even easier to understand
* No forms, no fuss claiming – employees can settle their treatment claims in selected practices within the Bupa dental insurance network

**３．従業員詳細　（ご家族も付保をご希望の場合詳細をご記入ください）**

|  |  |
| --- | --- |
| **A.スタッフ** | ご家族　（配偶者） |
| タイトル：(Mr/Mrs/Ms/Miss) | タイトル：(Mr/Mrs/Ms/Miss) |
| お名前： | お名前： |
| 生年月日： | 生年月日： |
| 性別： | 性別： |
| 住所： |

|  |  |
| --- | --- |
| ご家族（お子様） | ご家族（お子様） |
| タイトル：(Mr/Mrs/Ms/Miss) | タイトル：(Mr/Mrs/Ms/Miss) |
| お名前： | お名前： |
| 生年月日： | 生年月日： |
| 性別： | 性別： |

|  |  |
| --- | --- |
| **B.スタッフ** | ご家族　（配偶者） |
| タイトル：(Mr/Mrs/Ms/Miss) | タイトル：(Mr/Mrs/Ms/Miss) |
| お名前： | お名前： |
| 生年月日： | 生年月日： |
| 性別： | 性別： |
| 住所： |

|  |  |
| --- | --- |
| ご家族（お子様） | ご家族（お子様） |
| タイトル：(Mr/Mrs/Ms/Miss) | タイトル：(Mr/Mrs/Ms/Miss) |
| お名前： | お名前： |
| 生年月日： | 生年月日： |
| 性別： | 性別： |

\*\*2名以上の場合には上記の詳細をご記入のうえ、EXCELLにてご送付ください。

**その他（ご質問・お問い合わせがございましたら下欄にご記入ください。**

　あんしんデンタル保険