

以下のとおり保険契約内容の変更を依頼します。

契約内容の変更をご希望される場合、以下の必要事項にご記入のうえ、下部に記載の<依頼書送付先>にご郵送ください。
解約をご希望される場合は、この面への記入は不要です。

契約内容変更依頼書

記入日	20	年	月	日	変更日	20	年	月	日
------------	----	---	---	---	------------	----	---	---	---

この日付をもって契約内容を変更します。

変更前	契約証番号									押印欄 印	
	フリガナ										
	保険契約者 (変更前をご記入ください)										
	日中のご連絡先		-		-						

変更内容をお選びいただき、該当する項目に☑をご記入ください。

<input type="checkbox"/>	保険契約者住所・連絡先の変更	➡ ①にご記入ください。➡ 被保険者住所もあわせて変更する場合には、▲の【①の保険契約者住所と】(同じ)に○印をご記入ください。
<input type="checkbox"/>	保険の対象所在地(被保険者住所)の変更	➡ ②にご記入ください。
<input type="checkbox"/>	保険契約者名の変更(改姓、代表者名等)	➡ ③にご記入ください。➡ 被保険者名(入居者)もあわせて変更する場合には、☆の【③の保険契約者名と】(同じ)に○印をご記入ください。
<input type="checkbox"/>	被保険者名(入居者名)の変更	➡ ④にご記入ください。
<input type="checkbox"/>	保険契約証再発行 再発行理由 ()	
<input type="checkbox"/>	その他 ()	

変更後	①	保険契約者住所	〒	-					連絡先	-	-	
		建物名	マンション名・アパート名・ビル名/号室						専有面積	m ²	戸建	
	②	保険の対象所在地	①の保険契約者住所と	〒	-							
		建物名	(同じ)	マンション名・アパート名・ビル名/号室						専有面積	m ²	戸建
③	保険契約者名	フリガナ										押印欄 印
		生年月日	(昭和) (平成) (西暦)	年	月	日						
④	被保険者名(入居者名)	フリガナ										被保険者を削除する (はい) (注1)
		生年月日	(昭和) (平成) (西暦)	年	月	日						

代理店コード					
代理店名					

(注1) 契約者が法人(個人事業主含む)で「法人等契約の被保険者に関する特約」を適用する場合は、(はい)に○をご記入ください。被保険者名の記入は不要です。

<備考欄>

<会社使用欄>

<依頼書送付先> ご送付いただく際、キリトリ線から切り取っていただき、ご利用(封筒に貼付け)ください。なお、送付に際しての切手代はお客様負担となりますので、ご了承ください。

記入方法でご不明な点は、下のフリーダイヤルまでご連絡ください。
 <フリーダイヤル> 0120-2058-33
 <受付時間> 平日9:00~17:00

〒010-1633
 秋田県秋田市新屋島木町1-172
 宅建ファミリーパートナー 事務センター行

契約内容変更依頼書記入例
【紛失等で保険契約証を再発行する場合】

株式会社宅建ファミリーパートナー 宛

以下のとおり保険契約内容の変更を依頼します。

契約内容の変更をご希望される場合、以下の必要事項にご記入のうえ、下部に記載の「依頼書送付先」にご郵送ください。
解約をご希望される場合は、この面への記入は不要です。

この依頼書を作成した日付を記入してください。

依頼日と同日を記入してください。

契約内容変更依頼書

記入日 20 20年 7月 20日 変更日 20 20年 7月 20日

契約証番号を記入してください。

変更前	契約証番号	A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	押印欄 
	フリガナ	チンタイ タロウ										
	保険契約者 (変更前をご記入ください)	貸貸 太郎										
	日中のご連絡先	090 - 1234 - 5678										

押印をお願いします。個人・個人事業主の場合、フルネーム署名でも構いません。

「その他」に☑を記入し、「保険契約証再発行」に○印を記入してください。

変更内容をお選びいただき、該当する項目に☑をご記入ください。

<input type="checkbox"/>	保険契約者住所・連絡先の変更	⇒ ①にご記入ください。	⇒ 被保険者住所もあわせて変更する場合には、△の⑩の保険契約者住所と「同じ」に○印をご記入ください。
<input type="checkbox"/>	保険の対象所在地(被保険者住所)の変更	⇒ △にご記入ください。	
<input type="checkbox"/>	保険契約者名の変更(改姓、代表者名等)	⇒ ③にご記入ください。	⇒ 被保険者名(入居者)もあわせて変更する場合には、☆の④の保険契約者名と「同じ」に○印をご記入ください。
<input type="checkbox"/>	被保険者名(入居者名)の変更	⇒ ☆にご記入ください。	
<input checked="" type="checkbox"/>	保険契約証再発行	再発行理由 (紛失したため)	
<input type="checkbox"/>	その他 ()		

記入内容の確認等を行うことがありますので、忘れずに連絡先を記入してください。

再発行の理由を記入してください。

変更後	①	保険契約者住所	〒									連絡先	-	-
		建物名	マンション名・アパート名・ビル名/専有面積 m ² (戸建)											
	△	保険の対象所在地	〒											
		建物名	①の保険契約者住所と 同じ m ² (戸建)											
	③	保険契約者名	フリガナ										押印欄 	
		生年月日	(昭和)	(平成)	(西暦)	年	月	日						
	☆	被保険者名(入居者名)	③の保険契約者名と 同じ										被保険者を削除する (はい) (いいえ)	
		生年月日	(昭和)	(平成)	(西暦)	年	月	日						

代理店コードと代理店名を記入してください。

代理店コード 139912345601
代理店名 ファミリー不動産(株)

(注1) 契約者が法人(個人事業主含む)で「法人等契約の被保険者に関する特約」を適用する場合は、「はい」に○をご記入ください。被保険者名の記入は不要です。

<備考欄> <会社使用欄>

<依頼書送付先> ご送付いただく際、キリトリ線から切り取っていただき、ご利用(封筒に貼付け)ください。なお、送付に際しての切手代はお客様負担となりますので、ご了承ください。
記入方法でご不明な点は、下のフリーダイヤルまでご連絡ください。
<フリーダイヤル> 0120-2058-33
<受付時間> 平日9:00~17:00

〒010-1633
秋田県秋田市新屋島木町1-172
宅建ファミリーパートナー 事務センター行