

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。

保険契約の内容を変更される場合は、以下の太枠内にご記入の
うえ、下部に記載の<依頼書送付先>に郵送してください。
保険契約を解約される場合は、この面(契約内容変更依頼書)
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 	
	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。

☐	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。
☐	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。
☐	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。
☐	被保険者名(入居者名)の変更	➡ ★	にご記入ください。
☐	保険契約証再発行 再発行理由 ()		
☐	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 法人の場合は、 法人名・役職名・ 代表者名	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	フリガナ								被保険者名を 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> ご送付いただく際は、右の宛先を切り取って、封筒に貼り付けてご利用ください。なお、送付の際の切手代は、お客さま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

【紛失等で保険契約証を再発行する場合】

宅建ファミリーパートナー 事務センター行