

耳や言葉の不自由なお客さまへ

FAX によるお問い合わせ方法のご案内

専用 FAX 番号 0120-566-134 (24 時間受付)

対応時間：月曜日～金曜日 9:00～17:00 (年末年始、祝日は除く)

・耳や言葉が不自由なお客さまや、お電話によるお問い合わせが困難なお客さまには、FAX にてお問い合わせいただけます。

・ご契約者さまのご本人確認、ならびにお問い合わせの対象となるご契約を特定させていただくため、「FAX 専用お問い合わせ用紙」を印刷して、必要事項をご記入のうえ専用 FAX 番号に FAX をお願いいたします。

・ご契約者さま以外からのお申し出や、必要項目のご記入漏れがある場合には、回答できない場合がございます。

・FAX を受付後、3 営業日以内にお手続きに必要な書類ならびにお問い合わせ内容の回答を、ご登録の住所へ文書で発送 (郵送) いたします。

※個人情報保護の観点から FAX での回答はいたしておりませんのでご了承ください。

・お問い合わせの内容、お手続きの内容によっては、ご回答にお時間をいただく事もございます。

【 個人情報利用目的 】

当社は、個人情報を次の目的のために利用します。これらの目的の他に利用することはありません。

以下の個人情報のお取り扱いについて同意のうえで FAX を送信してください。

1. 各種保険契約のお引き受け、ご継続・維持管理、保険金・給付金のお支払い
2. 関連会社・提携会社・共同利用者を含む各種商品やサービスのご案内・お見積もり・提供、ご契約の維持管理
3. 当社業務に関する情報提供・運営管理、商品・サービスの充実
4. その他保険に関連・付随する業務

FAX 番号

0120-566-134

FAX 専用お問い合わせ用紙（耳や言葉の不自由なお客さま専用）

ご契約内容のお問い合わせ、お手続きの受付は、契約者ご本人に限らせていただいておりますのでご了承ください。

1. ご契約者さまの情報 弊社にご登録の内容をご記入お願いいたします。全項目必須

記入日	20 年 月 日
ご契約者名	(カナ)
生年月日	昭和・平成 年 月 日
ご住所	(〒 -)
電話番号	() -
FAX 番号	() -
保険種類－証券番号	-

2. お問い合わせ・お申し出内容

↓該当の項目に✓してください	↓詳細をご記入ください
<input type="checkbox"/> ①名義変更	<input type="checkbox"/> 契約者変更 <input type="checkbox"/> 受取人変更 ※該当の□に✓してください。
<input type="checkbox"/> ②保険料振込口座の変更	
<input type="checkbox"/> ③改姓	改姓後の氏名 () ※改姓される方が複数の場合は、【連絡事項欄】にご記入ください。
<input type="checkbox"/> ④保険証券再発行	
<input type="checkbox"/> ⑤控除証明再発行	(20) 年分 ※西暦にて必要な年度をご記入ください。
<input type="checkbox"/> ⑥解約	
<input type="checkbox"/> ⑦死亡保険金請求	【連絡事項欄】に下記事項をご記入ください。 (1) お亡くなりになられた方の氏名 (2) お亡くなりになられた日にち・原因 (3) 死亡保険金受取人さまの氏名・住所
<input type="checkbox"/> ⑧住所変更	新住所、電話番号を下記【連絡事項欄】にご記入ください。
<input type="checkbox"/> ⑨その他	下記【連絡事項欄】に内容をご記入ください。



上記①～⑦は、書面でのお手続きが必要となり、契約者さま宛（⑦のみ死亡保険金受取人さま）に書類を郵送いたしますので、必要書類をご提出いただきしてから、お手続き完了となります。

【連絡事項欄】

--