

# 賃貸総合・家財総合補償保険 契約内容変更依頼書

株式会社 宅建ファミリー共済 御中

下記の通り保険契約内容の変更を依頼いたします。


太枠内をご記入ください。

依頼日(記入日)	平成	年	月	日	変更日	平成	年	月	日
----------	----	---	---	---	-----	----	---	---	---

契約証番号									
フリガナ									
保険契約者 <small>(ご契約時の契約者名をご記入ください。)</small>	捺印欄 								
日中の連絡先	( ) -								

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"/>	契約者住所(所在地)の変更	➡ ① をご記入ください。	➡ 被保険者(入居者)住所も同時に変更する場合は ③ の「契約者新住所と同じ」に○をご記入ください。
<input type="checkbox"/>	契約者名(改姓、社名、代表者名等)の変更	➡ ② をご記入ください。	➡ 被保険者名(入居者名)も同時に変更する場合は ☆ の「新契約者名と同じ」に○をご記入ください。
<input type="checkbox"/>	被保険者(入居者)住所のみの変更	➡ ③ をご記入ください。	
<input type="checkbox"/>	被保険者名(入居者名)のみの変更	➡ ☆ をご記入ください。	
<input type="checkbox"/>	その他 (保険契約証再発行) それ以外( )		

①	契約者新住所(所在地)	〒						連絡先	( )	-				
		都:道 府:県			市:区 郡						丁目・番地			
	新物件名	マンション名・アパート名・ビル名/号室							専有面積	m <sup>2</sup>		戸建		
②	新契約者名	フリガナ										性別	捺印欄	
		生年月日 (大正 昭和 平成) 年 月 日										男 女		
③	被保険者(入居者)新住所	契約者新住所と同じ	〒					連絡先	( )	-				
			都:道 府:県			市:区 郡					丁目・番地	退去した物件と、 転居先の物件の 不動産会社(管理会社) は同じですか。 下記に☑をご記入 ください。		
	新物件名		マンション名・アパート名・ビル名/号室							専有面積	m <sup>2</sup>	戸建	同じ 異なる <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
☆	新被保険者名(入居者名)	新契約者名と同じ	フリガナ										性別	被保険者を 削除する (はい) (注1)
			生年月日 (大正 昭和 平成) 年 月 日										男 女	

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」を適用される場合は、(はい)に○をご記入ください。被保険者名の記入は不要です。  
※詳細はパンフレットおよびご契約のしおりをご覧ください。

<備考欄>

<会社使用欄>

キリトリ線

〒010-1633  
秋田県秋田市新屋島木町1-172  
宅建ファミリー共済 事務センター 行

<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。

契約内容変更依頼書（記入見本）

【契約者名変更（改姓）の場合】

本変更依頼書を作成した日付を記入してください。

実際に変更（異動）する日付を記入してください。

契約証番号（証券番号）を記入してください。

現契約の保険契約者名（フリガナ）、日中の連絡先を記入してください。

変更内容は「契約者名（改姓、社名、代表者名等）の変更」に☑を記入してください。

新契約者名を記入してください。生年月日、性別の記入は不要です。

契約者＝被保険者（入居者）の場合は、「新契約者名と同じ」を○で囲んでください。

「改姓のため」と記入してください。

賃貸総合・家財総合補償保険 契約内容変更依頼書

株式会社 宅建ファミリー共済 御中  
下記の通り保険契約内容の変更を依頼いたします。

太枠内をご記入ください。

依頼日(記入日) 平成 27 年 5 月 10 日 変更日 平成 27 年 5 月 30 日

契約証番号	A 0 1 2 3 4 5 6 7 8
フリガナ	タッケン ハナコ
保険契約者 (ご契約時の契約者名をご記入ください)	宅建 花子
日中の連絡先	( 0 9 0 ) 1 2 3 4 - 5 6 7 8

捺印欄  
宅建

契約者捺印をお願いします。(旧姓の印となります。)

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"/>	契約者住所(所在地)の変更	⇒ ① をご記入ください。	⇒ 被保険者(入居者)住所も同時に変更する場合は ③ の(契約者新住所)欄に○をご記入ください。
<input checked="" type="checkbox"/>	契約者名(改姓、社名、代表者名等)の変更	⇒ △ をご記入ください。	⇒ 被保険者名(入居者名)も同時に変更する場合は ☆ の(新契約者名と同じ)に○をご記入ください。
<input type="checkbox"/>	被保険者(入居者)住所のみの変更	⇒ ③ をご記入ください。	
<input type="checkbox"/>	被保険者名(入居者名)のみの変更	⇒ ☆ をご記入ください。	
<input type="checkbox"/>	その他 (保険契約証再発行) それ以外( )		

① 契約者新住所(所在地)	〒	連絡先 ( )	丁目・番地
新物件名	マンション名・アパート名・ビル名/専室	専有面積	㎡ (戸建)
フリガナ	チンタイ ハナコ	性別	男 女

△ 契約者名	フリガナ	生年月日	(大正・昭和・平成) 年 月 日	性別	男 女	捺印欄	賃貸
③ 被保険者(入居者)新住所	〒	連絡先 ( )	丁目・番地	選去した物件と、転居先の物件の不動産会社(管理会社)は同じですが、下記□を記入してください。	同じ	異なる	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
新物件名	マンション名・アパート名・ビル名/専室	専有面積	㎡ (戸建)	同じ	異なる	同じ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
フリガナ	フリガナ	性別	男 女	被保険者を削除する	(はい)	(注1)	
☆ 被保険者名(入居者名)	新契約者名と同じ	生年月日	(大正・昭和・平成) 年 月 日				

新契約者捺印をお願いします。(改姓後の印となります。)

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關する特約」を適用される場合は、(注1)に○をご記入ください。被保険者名の記入は不要です。  
※詳細はパンフレットおよびご契約のおしりをご覧ください。

<備考欄>  
改姓のため

<会社使用欄>

〒010-1633  
秋田県秋田市新屋島木町1-172  
宅建ファミリー共済 事務センター 行

<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。