


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

下記のとお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) | 20 | 年 | 月 | 日 | 変更日 | 20 | 年 | 月 | 日 |
|----------|----|---|---|---|-----|----|---|---|---|

| | | | | | | | | | |
|------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 契約証番号 | | | | | | | | | |
| フリガナ | | | | | | | | | |
| 保険契約者 (ご契約時の契約者名をご記入ください) | 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 ④ 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 | ➡ ④ をご記入ください。 | |
| <input type="checkbox"/> | その他 (保険契約証再発行) 左記以外 () | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|--------------|---------------------|---------------------|-------|------|------|---|-------|----------------|----------------|---|---|---------------------------|
| 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 ² | 戸建 | | | |
| ② | 新契約者名 | フリガナ | | | | | | | | | 性別 | 捺印欄 | |
| | | 生年月日 | (昭和) | (平成) | (西暦) | 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 ² | 戸建 | 同じ 異なる <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| ④ | 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 | (昭和) | (平成) | (西暦) | 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。

<連絡先> 0120-0810-62 (平日9:00 ~ 17:00)

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

契約内容変更依頼書記入例
【保険契約者名変更（改姓）の場合】

この依頼書を作成した日付を記入してください。

契約証番号を記入してください。

「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。

改姓後のお名前を記入してください。生年月日、性別の記入は不要です。

契約者と被保険者が同じ場合は、○印を記入してください。

代理店コードと代理店名を記入してください。

改姓の理由を記載してください。

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
下記のとお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) 20 1 8 年 7 月 2 0 日 変更日 20 1 8 年 7 月 2 5 日

| | |
|---|---------------------|
| 契約証番号 | A 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| フリガナ | タツケン ハナコ |
| 保険契約者 <small>(ご契約時の契約者名をご記入ください)</small> | 宅建 花子 |
| 日中の連絡先 | (090) 1234 - 5678 |

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(契約者住所と同一)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④の(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) 左記以外() | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|----------------|---------------------|--|--|--|--|--|------|-----------------|---------|------|-----------|---|-----|
| 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/号室 | | | | | | 専有面積 | m ² | (戸建) | フリガナ | チンタイ ハナコ | 性別 | 男 女 |
| △ 新契約者名 | フリガナ | | | | | | 生年月日 | 昭和(平成(西暦) 年 月 日 | 性別 | 男 女 | 捺印欄 | 貸貸 | |
| ③ 被保険者(入居者)新住所 | 〒 | | | | | | | | 連絡先 () | - | 丁目・番地 | 連立した物件と、新住所の物件の不動産会社(管理会社)は同じですが、下記に印をご記入ください。 | |
| 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 ² | (戸建) | 同じ | 異なる | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| ☆ 新被保険者名(入居者名) | フリガナ | | | | | | 生年月日 | 昭和(平成(西暦) 年 月 日 | 性別 | 男 女 | 被保険者を削除する | (はい) (注1) | |

代理店コード 1 3 9 9 1 2 3 4 5 6 0 1
代理店名 ファミリー不動産(株)

<備考欄> 婚姻のため
<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。
(連絡先) 0120-0810-62 (平日9:00~17:00)
〒010-1633 秋田県秋田市新屋島木町1-172 宅建ファミリー共済 事務センター行

実際に保険契約者名が変更になる日付を記入してください。

旧姓の押印をお願いします。フルネーム署名でも構いません。

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。

改姓後の押印をお願いします。フルネーム署名でも構いません。

(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(注1)に○をご記入ください。被保険者名の記入は不要です。