

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				
	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
【紛失等で保険契約証を再発行する場合】

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。

「その他」に☑を記入し、「保険契約証再発行」に○印をしてください。

代理店コードと代理店名を記入してください。

再発行の理由を記入してください。

依頼日と同日を記入してください。

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。

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。

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 0 日
契約証番号	A 1 2 3 4 5 6 7 8 9	フリガナ	チンタイ タロウ
保険契約者	賃貸 太郎		捺印欄
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②の(契約者住所と同じ)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	➡ △ 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(新被保険者名)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 checked="" 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	()	-
	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)		
△	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	
③	被保険者(入居者)新住所	〒						連絡先	()	-
	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
☆	新被保険者名(入居者名)	フリガナ	性別	被保険者を削除する	生年月日	(昭和)(平成)(西暦)	年	月	日	(はい)

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)

(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2)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> 紛失したため

<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