

以下のとおり保険契約内容の変更を依頼します。

契約内容の変更をご希望される場合、以下の必要事項にご記入のうえ、下部に記載の<依頼書送付先>にご郵送ください。
解約をご希望される場合は、この面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 印	
	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。

<input type="checkbox"/>	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。
<input type="checkbox"/>	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。
<input type="checkbox"/>	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。
<input type="checkbox"/>	被保険者名(入居者名)の変更	➡ ④にご記入ください。
<input type="checkbox"/>	保険契約証再発行 再発行理由 ()	
<input type="checkbox"/>	その他 ()	

変更後	①	保険契約者住所	〒					連絡先	-	-	押印欄 印	
		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	〒								被保険者を削除する (はい) (注1)
		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		
	③	保険契約者名	フリガナ								印	
		生年月日	(昭和) (平成) (西暦)	年	月	日						
	④	被保険者名(入居者名)	③の保険契約者名と	フリガナ								印
		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、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。

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> 0120-0810-62
<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
宅建ファミリー共済 事務センター行

契約内容変更依頼書 記入例

住所変更(転居)や改姓・改名など、保険契約内容に変更がある場合、弊社へご提出ください。

住所変更

株式会社 宅建ファミリー共済 宛
以下のとおり保険契約内容の変更を依頼します。

契約内容のうえ、下部に解約をご希望

契約内容変更依頼書

記入日 2020年5月10日 変更日 2020年5月20日
この日付をもって契約内容を変更します。

契約証番号 A 0 1 2 3 4 5 6 7 8 押印欄

変更前
フリガナ チンタイ タロウ
保険契約者 (変更前をご記入ください) 賃貸太郎
日中のご連絡先 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。
 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()

押印をお願いします。
保険契約者が個人の場合は、フルネーム署名でも結構です。

変更後
① 保険契約者住所 東京都千代田区九段北3-2-11
建物名 マンション名:アパート名:ビル名/号室 市ヶ谷ハイソ102号 専有面積 50㎡ (戸建)
② 保険の対象所在地 東京都市ヶ谷区 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 ㎡ (戸建)
③ 保険契約者名 フリガナ タロウ 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) フリガナ 被保険者を削除する (はい) (いいえ) (注1)
生年月日 (昭和) (平成) (西暦) 年 月 日

代理店コード (注1) 契約者が法人(個人事業主含む)で「法人専契約の被保険者に関する特約」を適用する場合は、(注1)にご記入ください。被保険者名の記入は不要です。
代理店名 <会社使用欄>

(依頼書送付先) ご送付いただく際、キリリ線から切り取っていただき、ご利用(封筒に貼付)ください。なお、送付に際しての切手料はお客様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> 0120-0810-62
<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 宅建ファミリー共済 事務センター行

改姓・改名など

株式会社 宅建ファミリー共済 宛
以下のとおり保険契約内容の変更を依頼します。

契約内容のうえ、下部に解約をご希望

契約内容変更依頼書

記入日 2020年5月10日 変更日 2020年5月20日
この日付をもって契約内容を変更します。

契約証番号 A 0 1 2 3 4 5 6 7 8 押印欄

変更前
フリガナ チンタイ ハナコ
保険契約者 (変更前をご記入ください) 賃貸花子
日中のご連絡先 090-5678-1234

変更内容をお選びいただき、該当する項目に☑を記入ください。

保険契約者住所・連絡先の変更 ⇒ ①にご記入ください。
 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()

『変更前』の押印欄(上)に改姓前の押印を、『変更後』の押印欄(下)に改姓後の押印をお願いします。保険契約者が個人の場合は、フルネーム署名でも結構です。

変更後
① 保険契約者住所 東京都市ヶ谷区 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 ㎡ (戸建)
② 保険の対象所在地 東京都市ヶ谷区 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 ㎡ (戸建)
③ 保険契約者名 フリガナ タツグン ハナコ 押印欄
生年月日 (昭和) (平成) (西暦) 1990年1月1日
被保険者名(入居者名) フリガナ 被保険者を削除する (はい) (いいえ) (注1)
生年月日 (昭和) (平成) (西暦) 年 月 日

代理店コード (注1) 契約者が法人(個人事業主含む)で「法人専契約の被保険者に関する特約」を適用する場合は、(注1)にご記入ください。被保険者名の記入は不要です。
代理店名 <会社使用欄>

(依頼書送付先) ご送付いただく際、キリリ線から切り取っていただき、ご利用(封筒に貼付)ください。なお、送付に際しての切手料はお客様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> 0120-0810-62
<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 宅建ファミリー共済 事務センター行

法人契約の代表者名変更

株式会社 宅建ファミリー共済 宛
以下のとおり保険契約内容の変更を依頼します。

契約内容のうえ、下部に解約をご希望

契約内容変更依頼書

記入日 2020年5月10日 変更日 2020年5月20日
この日付をもって契約内容を変更します。

契約証番号 A 0 1 2 3 4 5 6 7 8 押印欄

変更前
フリガナ カ チンタイ ドウワン
保険契約者 (変更前をご記入ください) 株式会社賃貸不動産 代表取締役 賃貸太郎
日中のご連絡先 03-1234-5678

変更内容をお選びいただき、該当する項目に☑を記入ください。

保険契約者住所・連絡先の変更 ⇒ ①にご記入ください。
 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()

必ず法人印を押印してください。

変更後
① 保険契約者住所 東京都市ヶ谷区 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 ㎡ (戸建)
② 保険の対象所在地 東京都市ヶ谷区 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 ㎡ (戸建)
③ 保険契約者名 フリガナ カ チンタイ ドウワン 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) フリガナ 被保険者を削除する (はい) (いいえ) (注1)
生年月日 (昭和) (平成) (西暦) 年 月 日

代理店コード (注1) 契約者が法人(個人事業主含む)で「法人専契約の被保険者に関する特約」を適用する場合は、(注1)にご記入ください。被保険者名の記入は不要です。
代理店名 <会社使用欄>

(依頼書送付先) ご送付いただく際、キリリ線から切り取っていただき、ご利用(封筒に貼付)ください。なお、送付に際しての切手料はお客様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> 0120-0810-62
<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 宅建ファミリー共済 事務センター行

切り取って封筒に貼付のうえ、弊社宛に郵送してください。

【ご注意ください】 次のような場合は「解約手続き」が必要です。取扱代理店までご相談ください。
 ・別法人へ契約者変更したい ・別居の親族へ契約者名を変更したい ・会社の寮へ転居する など

変更についてご不明な点は、下のフリーダイヤルへご連絡ください。
 フリーダイヤル：0120-0810-62 (平日 9:00~17:00)