

保険契約の内容変更依頼書

法人用

ご提出方法	FAX	050-3032-9964
	メール添付	mirai-syotan@jpmc.jp

◆【注意事項】ご記入前に必ずお読みください◆

- ① ☆印太枠内は契約者のお名前を記入ください。
- ② ご記入内容について、確認のため連絡する場合があります。「日中のご連絡先TEL」を必ず記入下さい。
- ③ 本書類ご提出後の撤回および内容の修正は、お受けいたしかねますので、内容が確定してからご提出ください。
- ④ 変更の内容によっては、弊社が承認できない場合があります。その場合は弊社より解約の手続き等ご案内いたします。

みらい少額短期保険株式会社 宛

以下のとおり保険契約の内容変更を依頼します。

受付日

証券番号			備考	
☆変更日	年	月		日
☆契約者	フリガナ			
	日中のご連絡先TEL (必ず記入ください)			
保険対象住所 (被保険者住所)	住所	〒		
	建物名			

変更依頼対象 (該当項目に☑してください)

家財保険	<input type="checkbox"/>	契約者情報	<input type="checkbox"/>	書類送付先住所	<input type="checkbox"/>	被保険者情報	<input type="checkbox"/>
<small>※契約者名義の変更は“社名変更”のみお受けします(変更登記提出が必要)。別会社・合併等はお受けできません。 ※自己所有物件への被保険者住所変更はお受けできません。</small>							
テナント保険	<input type="checkbox"/>	契約者情報	<input type="checkbox"/>	書類送付先住所	<input type="checkbox"/>	被保険者情報	<input type="checkbox"/>
<small>※保険対象(テナント)住所の変更はお問い合わせください。 ※契約者名義の変更は“社名変更”のみお受けします(変更登記提出が必要)。別会社・合併等はお受けできません。</small>							

該当する変更内容を記入	被保険者名	フリガナ	性別	男性	・	女性
			生年月日 西暦	年	月	日
	連絡先	電話	-	-		
	法人代表者名 役職	フリガナ				
	契約者住所 書類送付先 住所	フリガナ	〒			
物件名	フリガナ		部屋 番号			

WEBのマイページにて変更情報をご確認頂けます。

契約変更承認書発送をご希望の場合は、送付先を下記へご記入下さい(未記入は発行しません)

(ご住所) 〒
(お名前)

TEL : 0120-651-051

(受付時間：平日 10:00~17:00)

