

契約内容の変更、プラン変更などはLINE公式アカウントからの連絡が便利です。▶

または、本書面を弊社へご郵送ください。解約については、本書面のみでの受付となります。



QRコードで
友だち追加

株式会社 あそしあ少額短期保険 御中

会社使用欄	
担当者	所管長

結婚式総合保険専用 変更・解約・承継請求書

記載事項が事実と相違ないことを確認のうえ、下記の通り請求します。

請求にあたり、重要事項のご説明に記載の「お客様に関する個人情報の取扱いについて」を確認しました。

太枠内は、必ずご記入・ご捺印ください。(保険契約番号や保険期間については、保険契約証をご参照ください。)

記入日	西暦 20 年 月 日	申込書管理番号 または 保険契約番号	
保険契約者 氏名	フリガナ フルネーム署名 または 捺印	保険契約者 連絡先	() —
保険契約者 住所	〒	保険契約者 メールアドレス	

《変更・訂正／承継》 保険契約の内容を変更・訂正する場合、保険契約の承継をご希望の場合は下欄にご記入ください。

変更・訂正する項目のみ をつけ、変更後の内容を記載してください。承継の場合は、新しい結婚式開催日を記載してください。

変更・訂正項目	変更・訂正内容	
<input checked="" type="checkbox"/> 保険契約者氏名 ご署名または ご捺印が必要です。	フリガナ	フルネーム署名 または 捺印
<input checked="" type="checkbox"/> 保険契約者住所	〒	
<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 新郎 <input checked="" type="checkbox"/> 新婦	フリガナ
<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者住所	<input checked="" type="checkbox"/> 新郎 <input checked="" type="checkbox"/> 新婦	〒
<input checked="" type="checkbox"/> 結婚式開催日	西暦 20 年 月 日	新しい結婚式開催日がわかる書類を添付してください。(裏面参照) 保険始期日から1年を超える日付への変更の場合、「保険契約の承継」(返戻金と新規保険料を相殺)とし、保険始期日が新しい結婚式開催日の1年前となります。 2021年6月1日以降申込の方で結婚式開催日を延期する場合、変更後の結婚式開催日が保険始期日からその日を含めて2年以内である場合に限り変更できます。
<input checked="" type="checkbox"/> 結婚式会場	名称	所在地
	〒	

《解約》 結婚式総合保険の契約を解約する場合のみ、下欄にご記入ください。

解約日	西暦 20 年 月 日	解約種別	該当する方に <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください。 <input checked="" type="checkbox"/> 任意解約 (保険期間の途中で解約する場合。返戻金はありません。) <input checked="" type="checkbox"/> 補償開始前解約 (補償開始日より前に解約する場合)
補償開始前解約にチェックをした場合のみ、下欄に口座情報をご記入ください。(保険料を返戻します。)			
金融機関名	銀行 信用金庫 農協 信用組合	コード	支店名
			本店 支店
口座名義	フリガナ	口座番号	普通 当座

結婚式開催日変更書類添付欄

※新しい開催日が記載されている期日変更書類・結婚式申込書などを添付してください。(コピー可)

添付欄

1 0 2 - 0 0 7 3

切手
貼付

東京都千代田区九段北3-2-5
九段北325ビル 2階

株式会社
あそしあ少額短期保険
変更・解約係 行

キリトリ

キリトリ

変更・解約・承継請求書 ご郵送の手順

- ①「変更・解約・承継請求書」に記入・捺印漏れがないことをお確かめください。
- ②封筒をご用意いただき「変更・解約・承継請求書」を封入・封緘してください。
- ③左の宛名用紙を切り取り、封筒の宛名面にのりで貼り付けてください。
- ④封筒裏面に差出人である契約者様の氏名・住所をご記入ください。
- ⑤所定の料金分の郵便切手をお貼りいただき、郵便ポストへ投函してください。

個人情報の取扱いについて

この保険契約に関する個人情報は、引受少額短期保険業者が保険引き受けの判断、この保険契約の履行（保険金支払いなど）のために利用するほか、引受少額短期保険業者およびグループ会社（関連会社・団体を含む）が保険商品、各種サービスの案内・提供等のために利用することがあります。また、上記利用目的の達成に必要な範囲内で、ご提供いただいた個人情報を第三者に対して提供することがあります。詳細については、弊社ホームページをご覧ください。

（注）上記の「第三者」とは保険事故の関係者（当事者、少額短期保険業者、損害保険会社、修理業者など）、医療機関、再保険取引会社などをいいます。



LINE公式アカウント友だち追加お願いいたします

QRコードで追加



LINE公式アカウント検索画面

あそしあ少額短期保険

または

キーワードで検索!

商品に関するお問い合わせや契約内容の変更、プラン変更などはLINE公式アカウントからの連絡が便利です。

事故にあわれた場合



0120-956-834

受付時間 / 24時間・年中無休

事故連絡の一次受付以外の業務（初期対応等）は、下記営業時間内に限らせていただきます。
営業時間 / 9:30~17:00（土日祝日・年末年始を除く）

引受会社

 ASSOCIA SSI
株式会社 あそしあ少額短期保険
関東財務局長（少額短期保険）第11号

〒102-0073 東京都千代田区九段北3-2-5 九段北325ビル2階
[URL] <http://www.associa-insurance.com>

お問い合わせ先