

【契約内容の変更、解約、保険契約の承継をご希望の場合は、本書面を弊社へご郵送ください。】

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

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 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 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 <input type="text"/>	フルネーム署名 または 捺印 <input type="text"/>	ご契約時の 保険期間 20 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 から 20 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 まで
保険契約者 住所	〒 <input type="text"/>	保険契約者 連絡先	(<input type="text"/>) —

《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。

変更日	西暦 20 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	ご記入の日付または弊社が変更／承継を承認した日の、どちらか遅い日をもって、保険契約の内容を変更／承継します。
<p>▼ 変更・訂正する項目のみ <input checked="" type="checkbox"/> 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。</p>		
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 <input type="text"/>	フルネーム署名 または 捺印 <input type="text"/>
<input checked="" type="checkbox"/> 保険契約者住所	〒 <input type="text"/>	
<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 type="text"/>
<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者住所	<input checked="" type="checkbox"/> 新郎 <input checked="" type="checkbox"/> 新婦	〒 <input type="text"/>
<input checked="" type="checkbox"/> 結婚式開催日	西暦 20 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	保険始期から1年を超える日付への変更の場合、「開催日の変更」か「保険契約の承継」のいずれかに <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください。 <input type="checkbox"/> がない場合、「保険契約の承継」を選択されたものとします。
<input checked="" type="checkbox"/> 結婚式会場	名称 <input type="text"/>	開催日の変更 (保険始期から1年後に終了します。) <input checked="" type="checkbox"/> 保険契約の承継 (返戻金と新規保険料を相殺します。) <input checked="" type="checkbox"/> 所在地 〒 <input type="text"/>

《解約》 保険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 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 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)
<p>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。)</p>			
金融機関名	<input type="text"/>	コード <input type="text"/>	支店名 <input type="text"/>
口座名義	フリガナ <input type="text"/>	口座番号 <input type="text"/>	普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/>



料金受取人払郵便



1 0 2 - 8 7 9 0

206

差出有効期間
2022年3月
31日まで
(切手不要)

※差出有効期限
が過ぎている
場合は、弊社
ホームページ
から最新版を
印刷してご利用
ください。

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定形封筒をご用意いただき「変更・解約・承継請求書」を三つ折りにして封入・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。
封筒の左上角に合わせて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郵便ポストへ投函してください。**切手は不要です。**

補償内容に関するお問い合わせ



0800-111-1550

受付時間 / 10:00~20:00 (年末年始を除く)

補償内容や各種手続き等、ご不明点がございましたら、
お気軽にお問い合わせください。

事故にあわれた場合



0120-956-834

受付時間 / 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

(旧 株式会社アソシア)

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

[TEL] 03-3265-9290(代表) [FAX] 03-3265-9291

[URL] <http://www.associa-insurance.com>

お問い合わせ先