ミカタ少額短期保険株式会社　御中

貴社の普通保険約款の規定により、下記契約を解約します。

# 事業者のミカタ
# 保険契約解約請求書

【書類送付先】
〒103-0013
東京都中央区日本橋人形町3-3-13-6F
ミカタ少額短期保険（株）
お客様サービス部　契約管理課
TEL：0120-741-066　FAX：03-3662-5405
Email: contact@mikata-ins.co.jp
URL：https://mikata-ins.co.jp/

## 【重要】ご解約に際しての注意事項

1.**解約の効力発生は、不備の無い「保険契約解約請求書」が当社に到着した日の翌月1日からとなります。**
・保険料の払込方法が口座振替の場合→翌月分以降の保険料が引き落としされた場合は、ご登録いただいている保険料引き落とし口座へ後日返金いたします。
・保険料の払込方法がクレジットカード払の場合→（月払）翌月分の保険料請求はございませんので、保険料の返金は発生いたしません。
（一括払）保険期間の途中でご解約される場合は、ご返金がございます。（保険期間が残り一カ月の場合は返金はございません）

2.再度、お申込みいただく事はできますが、待機期間および不担保期間は引き継ぐことはできませんのでご注意ください。
また、その際は保険契約をお引受けできない場合がございますのでご了承ください。

ご不明点等がございましたら、コールセンター（0120-741-066　土日、祝日、年末年始を除く）までご連絡ください。

※必ず個人事業主さま、または代表者さまご自身にてご記入ください。

## ▼解約される保険契約をご記入ください

| 記入日 | 証券番号 |
|---|---|
| 20　　年　　月　　日 | |

**【重要】私（保険契約者）は、解約に際しての注意事項を理解し、保険契約の解約を請求いたします。**

| 代表者氏名 |
|---|
| 【自　署】 |

| 法人名（◆法人の方み） |
|---|
| |

| 連絡先 | |
|---|---|
| TEL：　　（　　） | メールアドレス：　　@ |

**解約理由**　（あてはまるもの全てに☑を入れてください）

| | | |
|---|---|---|
| □経済的な理由 | □付き合いで加入した | □補償内容が不満 |
| □補償額が不満 | □保険金の支払対象とならなかった | □利用方法が解りにくい |
| □利用する機会が無かった | □イメージしていた商品と異なる | □当社コールセンターが不満 |
| □弁護士直通ダイヤルが不満 | □弁護士紹介サービスが不満 | |
| □加入後のアフターサービスが不満 | （宜しければ詳細をご記入ください：　　） | |
| □事業の合併・譲渡のため | （合併・譲渡日　　年　　月　　日） | |
| □事業を廃業した | □トラブルが解決した | |
| □他社類似商品への乗り換え | （他社保険会社及び商品名を記載してください　　） | |
| □その他（　　） | | |

解約請求書が当社に到着した日の属する月の末日をもって補償が終了します。

【保険会社使用欄】

| 受付日 | 承認者 | 代理店コード | 【備考】 |
|---|---|---|---|
| | | | |