

家族のミカタ (家族契約) 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

【重要】解約の効力発生は、不備の無い「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。

「全部解約」の場合は、「契約者情報記入欄」のみご記入ください。

「一部解約」の場合は、「契約者情報記入欄」と解約される保険契約を「被保険者情報記入欄」にご記入ください。

【注意!!】全部解約とは主契約・特約契約含めた全ての「家族契約」を解約する事です。
一部解約とは一部の被保険者分のみが解約となり、残りの「家族契約」は継続します。

契約者情報記入欄

記入日	20 年 月 日	家族コード													
【重要】私(保険契約者)は、解約に際しての注意事項を理解し、被保険者の同意を得て、保険契約の解約を請求いたします。		→	保険契約者氏名	【自 署】											
解約する保険契約の範囲	全部解約 <input type="checkbox"/>		保険契約者新住所 (住所が変わる場合のみご記入ください)												
	一部解約 <input type="checkbox"/>		〒 -												
	※必ずどちらか一方に☑を入れてください		tel	メールアドレス											
解約理由 (下の☑を入れてください)															
<input type="checkbox"/> 経済的な理由 <input type="checkbox"/> 付き合いで加入した <input type="checkbox"/> 補償内容が不満 <input type="checkbox"/> 補償額が不満 <input type="checkbox"/> 保険金の支払対象とならなかった為 <input type="checkbox"/> 利用方法が解りにくい <input type="checkbox"/> 利用する機会が無かった <input type="checkbox"/> イメージしていた商品と異なる <input type="checkbox"/> 弁護士直通ダイヤルが不満 <input type="checkbox"/> 弁護士紹介サービスが不満 <input type="checkbox"/> 当社コールセンターが不満 <input type="checkbox"/> トラブルが解決した <input type="checkbox"/> 加入後のアフターサービスが不満 (内容をご記入ください:) <input type="checkbox"/> 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)) <input type="checkbox"/> 被保険者死亡 (死亡日: 年 月 日) ※死亡日が記載された資料も併せて添付してください。(コピーで構いません) <input type="checkbox"/> その他 ()															

【注意!!】以下欄は「一部解約」される場合のみご記入ください。

被保険者情報 (解約請求をする保険契約) 記入欄

▼解約する保険契約をご記入ください。(必ず被保険者さまの同意を取ってください。保険契約者と同じの場合もご記入ください。)

証券番号															
被保険者氏名	被保険者新住所 (住所が変わる場合のみご記入ください)														
	〒 -														

▼解約する保険契約をご記入ください。(必ず被保険者さまの同意を取ってください。保険契約者と同じの場合もご記入ください。)

証券番号															
被保険者氏名	被保険者新住所 (住所が変わる場合のみご記入ください)														
	〒 -														

▼解約する保険契約をご記入ください。(必ず被保険者さまの同意を取ってください。保険契約者と同じの場合もご記入ください。)

証券番号															
被保険者氏名	被保険者新住所 (住所が変わる場合のみご記入ください)														
	〒 -														

●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。被保険者死亡による場合は、死亡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】