

非更新連絡通知

ミカタ少額短期保険株式会社 御中
事業者のミカタの契約更新を希望しませんのでご連絡致します。

〒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式会社

証券番号	
契約者氏名 (法人の場合は法人名)	
代表者氏名 *法人のみ	
商品名	事業者のミカタ

【再加入について】
再度お申込みいただく事はできますが、待機期間および離婚・相続等の特定原因による不担保期間を引き継ぐことは出来ませんのでご注意ください。その際、保険契約をお引き受け出来ない場合がございますのでご了承ください。

◆ご契約者様または法人代表者様ご自身がご記入下さい。

請求日(記入日)	年 月 日
個人事業主または法人代表者氏名	【自 署】
住所 (現住所に変更がある場合のみ、ご記入ください)	〒
お電話番号	()
メールアドレス	@

▼更新しない理由に✓を入れてください(当てはまるもの全て)

<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	<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"/> 知人に弁護士がいる、弁護士と契約した		<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(他社保険会社および商品名:)		
<input type="checkbox"/> その他 ()		

※お手元に保険証券と被保険者証がある場合は、本書面と併せてご返却ください。

※非更新連絡通知のご返送は更新日の前々月末日(当社必着)までをお願いいたします。

注)上記期日を過ぎ、弊社への到着が遅れますと、ご希望に添えない事があります。お早目にご提出ください。

【当社使用欄】

受領日	受付印	承認印	備考

