

家族のミカタ (家族契約) 非更新連絡通知

【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】 本書面が期日までに到着しない場合、ご希望に添えない事がありますので、お早めにご提出ください。

「全部非更新」の場合は、「契約者情報記入欄」のみご記入ください。

「一部非更新」の場合は、「契約者情報記入欄」と更新しない保険契約を「被保険者情報記入欄」にご記入ください。

【注意!!】 全部非更新とは主契約・特約契約含めた全ての「家族契約」を更新しない事です。
一部非更新とは一部の被保険者分のみが非更新となり、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、非更新に際しての注意事項を理解し、被保険者の同意を得て、保険契約の非更新を請求いたします。		保険契約者氏名 【白 署】									
更新しない保険契約の範囲	全部非更新 <input type="checkbox"/> 一部非更新 <input type="checkbox"/> ※必ずどちらか一方に☑を入れてください	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)									
		〒 -									
		tel					メールアドレス				
非更新理由 (下の☐に☑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"/> その他 ()											

【注意!!】 以下欄は「一部非更新」される場合のみご記入ください。

被保険者情報 (更新しない保険契約) 記入欄

▼更新しない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。保険契約者と同一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)										
	〒 -										

▼更新しない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。保険契約者と同一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)										
	〒 -										

▼更新しない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。保険契約者と同一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)										
	〒 -										

※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。

【保険会社使用欄】

受付日	承認者	代理店コード						【備考】