

非更新連絡通知

ミカタ少額短期保険株式会社 御中
弁護士保険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	
被保険者氏名	
商品名	弁護士保険ミカタ

【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。

【保険金のご請求について】

保険金をご請求される場合は、弁護士等に支払う費用が発生した時点において、契約が有効に継続している必要があります。保険金請求手続中に保険契約が終了いたしますと、保険金がお支払い出来ない場合がございますのでご注意ください。

◆ご契約者様ご自身をご記入下さい。

請求日(記入日)	年	月	日
保険契約者	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"/> 当社コールセンターが不満
<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"/> トラブルが解決した
<input type="checkbox"/> 知人に弁護士がいる、弁護士と契約した		
<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