

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。

## 【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、待機期間および離婚・相続等の特定原因による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。  
 その際、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。
3. 保険金を請求する場合は、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ございます。  
 保険金請求手続中に解約されますと保険金のお支払いができない場合がございますのでご注意ください。
4. 被保険者さまがお亡くなりになられた事由による解約の場合は、相続人の方にてお手続きいただけます。  
 その際、お亡くなりになられた日が確認できる資料が必要になりますので、本書面と併せてご返送ください。（コピーで構いません）  
 また、被保険者さまがお亡くなりになる原因となった事故について法的トラブルが発生している場合は、当社保険金の対象となる場合がございます。  
 ご不明点等ございましたら、保険ご利用相談ダイヤル：0120-783-308（土日、祝日、年末年始を除く）までご連絡ください。
5. 保険契約者さまと被保険者さまが異なる場合は、必ず被保険者さまの同意を得て解約手続きを行ってください。

## ▼解約される保険契約をご記入ください

※必ず保険契約者ご自身がご記入ください。

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。

<b>保険契約者氏名</b>		<b>被保険者氏名</b> ※保険契約者と異なる場合のみご記入ください。	
【自署】			
<b>保険契約者新住所</b> （保険契約者の住所が変わる場合のみご記入ください）		<b>保険契約者の連絡先</b>	
〒 -		携帯TEL ( )	
		自宅TEL ( )	
		メールアドレス @	

## 解約理由（当てはまるもの全てに✓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 | <input type="checkbox"/> 利用方法が解りにくい   |
| <input type="checkbox"/> 利用する機会がなかった  | <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"/> 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"/> 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"/> 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：   |  |                                       |

●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解約（失効）の場合は、死亡日をもって補償が終了します。

◆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。

## 【保険会社使用欄】

受付日	承認者	代理店コード										【備考】	