

保険契約解約に関するご案内

拝啓 時下ますますご清祥の段、お慶び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、「保険契約」の解約について、下記書類を案内いたします。

必要事項をご記入いただき、お手数ではございますが郵便事故を防ぐため、「簡易書留」にて送付くださいますようお願い申し上げます。

当保険契約は、普通保険約款第19条（保険契約の解約）第2項の規定に基づき、書類が不備のない状態で弊社に到着した日を解約日とし、その日をもって保障も終了となります。

なお、解約日の属する月の保険料は払戻しがございませんので、ご了承賜りますようお願い申し上げます。

敬具

【ご解約にあたって】

- ◆ 一度解約した保険契約は元に戻すことができず、いざという時の為の大切な保障がなくなります。
- ◆ 新たに契約する場合、健康上の理由で加入できない場合もあります。
- ◆ この保険契約には解約返戻金はございません。

記

2. 送付いただく書類

① 保険契約解約請求書

* 太枠内に必要事項を記入し、ご契約者様本人が、署名・捺印してください。

② プレミア総合保険もしくはフリーセレクト保険『保険証券』

* 保険証券を紛失している場合、請求書の【保険証券紛失届】欄に署名・捺印ください。

以上

提出先およびお問い合わせ先

オリーブ少額短期保険株式会社

〒160-0022 東京都新宿区新宿五丁目17番18号 H&Iビル6F

T E L : 03-5510-1101 / フリーダイヤル : 0120-983-333 (平日9:00~18:00)

保険契約解約請求書

オリーブ少額短期保険株式会社 御中

下記保険契約につき、保険証券を添付のうえ、解約を請求します。

なお、以下の事項を普通保険約款において確認しました。

- ①原則、貴社が解約請求書類を受け付けた日（到着日）を解約日とし、その日をもって保障が終了すること
- ②解約返戻金および解約日の属する月の保険料の払い戻しがないこと

| | | | |
|---------------------------|------|-----------|---|
| 証券番号 | | | |
| 保険契約者 | 現住所 | | |
| | 〒 | | |
| *必ず本人が記入 | フリガナ | 認印を押印ください | |
| | 氏名 | | 印 |
| 差し支えなければ、ご記入ください。 解約理由 | | | |

解約請求書類到着日をもって解約日とさせていただきます。

なお、**到着月の月末解約を希望される場合**は、下記のへチェック（）をつけてください。

到着月の月末まで保障を希望します。

※保険料のご請求は**1ヶ月単位**となり、**解約完了月まで保険料は請求されます。**

日割り計算はされませんのでご了承ください。

【必要書類】

1. 保険契約解約請求書
2. 保険証券（原本）

* 保険証券を紛失してしまった場合は、下記へ署名・捺印願います。

保険証券紛失届

上記契約の保険証券を紛失しましたので、この書面によりお届けをします。
なお、今後保険証券を発見したときは、ただちに貴社へお返しします。

認印を押印ください

保険契約者（署名）

印

書類が到着してから解約処理を開始します。郵便事故防止の為、簡易書留にて送付くださいますようお願いいたします。

| 会社使用欄 | | | | |
|-------|--------|-------|-------|--------|
| 書類受付日 | 書類確認 | 解約確定日 | データ入力 | 解約通知送付 |
| 年 月 日 | 不備 有・無 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 |