

契約内容変更手続きのご案内

拝啓 時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。毎々格別のお引立てに預かり厚く御礼申し上げます。

さて、契約内容変更につきまして下記書類を案内させていただきます。

つきましては、必要書類をお取り揃えのうえご提出くださいますようお願い申し上げます。

敬具

記

【必要書類】

- ① 保険契約内容変更請求書

* 必要事項をご記入のうえ押印ください。

改姓前後の氏名が 記載された公的書類	免許証コピー・住民票等、改姓前後の氏名が記載された公的書類 をご提出ください。
-------------------------------	--------------------------------------------

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

保険契約内容変更請求書

オリーブ少額短期保険株式会社 御中

下記契約に関し変更を依頼いたします。

請求日 年 月 日

現ご契約者名 (申出者)	印	証券番号	
変更日	年 月 日		

※変更のある箇所のみ当該事項をご記入のうえ、提出してください。

1	契約者	フリガナ	生年月日
		新名義	西暦 年 月 日
		印	性別 1. 男 2. 女 3. 法人
被保険者との続柄 (本人・配偶者・子供・親・孫・兄弟姉妹・その他())			
2	被保険者 (契約者と異なる 場合のみ記入)	フリガナ	生年月日
		新名義	西暦 年 月 日
		印	性別 1. 男 2. 女 3. 法人
3	契約者 住所変更	〒 -	(転居済・ 月 日転居予定)
		TEL: - - 携帯TEL: - -	
4	被保険者 住所変更 (契約者と異なる 場合のみ記入)	〒 -	(転居済・ 月 日転居予定)
		TEL: - - 携帯TEL: - -	
5	その他		

代理店記入欄			
代理店名	代理店/支店コード	募集人名	郵送日
			年 月 日

会社使用欄			
書類受付日	書類確認日	承認日	データ入力
	不備 有・無 月 日		