

ご契約・登録内容変更受付票 〈自動車保険用〉



耳や言葉の不自由なお客様へ
 ●内容確認後、当社よりご連絡させていただきます。
 ●夜間・休日受付分など営業時間外については翌営業日にご連絡いたします。

専用FAX番号(24時間365日受付)

0120-860-335

※不明、または未確認の項目の□には✓を、説明を希望される項目には?マークをつけてください。

ご契約の内容	<input type="checkbox"/> 証券番号	<input type="checkbox"/> ご契約者様のお名前
	<input type="checkbox"/> 登録番号 (ナンバープレート)	<input type="checkbox"/> ご登録の電話番号 ()
ご連絡先	お名前 (カナ)	ご契約者様とのご関係 <input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> ご家族 <input type="checkbox"/> 運転者 <input type="checkbox"/> その他 ()
	ご連絡方法 (TEL) (FAX) (メールアドレス)	

<h2 style="margin: 0;">ご契約内容変更日(変更をする日)</h2> <p style="margin: 0;">ご契約内容変更日は本日(FAX送信日)以降をご記入ください。</p>	平成 年 月 日
---	-------------------------

ご契約内容の変更内容(変更を希望する内容) □に✓を入れてください。ご不明な点がございましたら、下記【ご記入欄】に内容をご記入ください。

<input type="checkbox"/> 車を変更した(車両入替) <small>※この用紙と一緒に入替えされた車の車検証もFAXしてください。</small>	<input type="checkbox"/> 引越しをした(住所変更)	<input type="checkbox"/> 運転する人の範囲が変わった
<input type="checkbox"/> 車の使用目的が変わった	<input type="checkbox"/> 補償(保険の内容)を変更したい	<input type="checkbox"/> Eメールアドレスが変わった
<input type="checkbox"/> 電話番号が変わった	<input type="checkbox"/> FAX番号が変わった	<input type="checkbox"/> その他(ご記入欄に詳細を記載)

ご記入欄 ※お問合わせの内容をご記入ください。