

“ご親族等連絡先”登録票

(新規 ・ 変更 ・ 登録解除) *いずれかに

私は“ご親族等連絡先”登録の概要、個人情報の取扱い、および下記の確認事項等に同意の上、下記連絡先について上記登録を希望します。

*必ずお客さまご自身が署名してください

ふりがな	
保険契約者名	様
(ご生年月日: 大正・昭和・平成 年 月 日)	

【確認事項】

- ・私は、貴社を代理店として契約している保険契約の満期時等において、万一貴社が私と連絡がとれない場合、貴社から“ご親族等連絡先“に連絡することを承諾します。
- ・私は、“ご親族等連絡先“として以下の方を登録することについて、事前に本人の承諾を得ました。
- ・私は、貴社から登録される方へ、本登録票の(写)が送付されることについて了承します。

ご親族等連絡先として登録される方

~お奨め~ 別居のご家族、(同居の場合)ご家族の携帯電話

ふりがな	
氏名	様
続柄	<該当するものに > 子・孫・兄・弟・姉・妹・配偶者・父・母・甥・姪 その他 具体的に記載してください ()
住所	<該当するものに > (ご契約者様と) 同居 ・ 別居 〒 (* 別居の場合、本欄ご記入ください)
自宅電話番号	() -
携帯電話番号	- -
メールアドレス	@

(注)「お客様控」(3枚目)はお手元に保管の上、1枚目・2枚目をご返送ください。

(注)本申込みによって“ご親族等連絡先“として登録された方が申込人(保険契約者)に代わって保険契約の更新および内容変更等を行うものではありません。

(注)“ご親族等連絡先”登録の概要を必ずご確認ください。

(当社使用欄)

顧客DB登録 *画面北'-を添付保管	(登録日	年	月	日)	印
「登録完了通知」「制度案内チラシ」	(郵送日	年	月	日)	印
「登録票」(写)送付					
顧客DB登録変更(変更内容:)	(変更日	年	月	日)	印
顧客DB登録抹消(申出日 年 月 日)	(抹消日	年	月	日)	印