

この届出書のコピーに記入・捺印し、社内便または郵送で下記宛てにお送りください。

団体契約保険
変更届出書



【送付先・お問い合わせ先】

メールBox. HS 〒430-8650 浜松市中区中沢町10-1
 (株)ヤマハコーポレートサービス 保険サービス事業部
 内線：203142 TEL：0120-171-044 (通話無料)

下記の【個人情報のお取り扱いについて】の内容を承知し、同意します。(受取人変更の場合は、受取人とともに同意します。)

変更届出日	西暦	年	月	日	
変更日	西暦	年	月	日	← 死亡保険金受取人の変更は除く
加入者名	(カナ)	押印欄(同意印)			← 加入者名を変更する場合は 新加入者名をご記入ください。 (押印欄は新加入者名の印で お願いします。)
	(漢字)	印			
勤務先	会社名	従業員No.			
	所属 メールNo.	連絡先		TEL	

変更する項目の に○をして、内容をご記入ください。ご加入のコースによっては、別途必要な書類をご案内いたします。

<input type="radio"/> 加入者名の変更 (全コース)	旧 加入者名	(カナ) ----- (漢字)	新 加入者名	(カナ) ----- (漢字)
---	-----------	-----------------------	-----------	-----------------------

<input type="radio"/> 死亡保険金 受取人の変更 (<input type="checkbox"/> 死亡保障コース)	本人 コース	新 死亡保険金 受取人名	(カナ) ----- (漢字)	続柄	加入者本人自署欄(フルネーム) (同意)
	配偶者 コース	新 死亡保険金 受取人名	(カナ) ----- (漢字)	続柄	配偶者自署欄(フルネーム) (同意)

※ 死亡保障コースについて、死亡保険金受取人の変更は、住友生命が指定する通知書が保険会社に到着した時点でご契約者(団体)が通知を発信した日にさかのぼって効力が生じます。

<input type="radio"/> ご家族(被保険者) の死亡による対象 部分の解約 (全コース)	死亡日	西暦	年	月	日
	亡くなった方 のお名前	(カナ) ----- (漢字)	続柄		

<input type="radio"/> 全コースの解約	年度途中での解約は、全解約のみになります。 ※変更届出書到着日の月末解約となります。 ご加入のコースによっては、別途必要な書類をご案内いたします。 <input type="checkbox"/> 死亡保障コースを途中解約する場合、配当金の対象外となります。
-------------------------------	---

【個人情報のお取り扱いについて】

この保険の運営に当たっては、団体は、加入対象者(被保険者)の個人情報(氏名、性別、生年月日、健康状態等)および受取人の氏名・続柄を団体(契約者)が保険契約を締結する保険会社へ提供します。

保険会社は、受領した個人情報を、各種保険契約の引受け、継続・維持管理、保険金・給付金等の支払い、各種商品・サービスの案内・提供(関連会社・提携会社を含む)、その他保険に関連・付随する業務のために利用し、また、団体、他の共同取扱生命保険会社および再保険会社に上記目的の範囲内で提供します。

なお、団体は、この保険契約に基づいて入手する個人情報について、この保険の事務手続き以外には使用いたしません。

また、今後、個人情報に変更等が発生した際にも、それぞれ上記に準じ個人情報を取り扱います。

(注) 保健医療等の機微(センシティブ)情報については、保険業法施行規則により、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる目的に利用目的が限定されています。

【保険サービス使用欄】

対象の保険 保険会社	1 死亡 住友生命	2 退職 日本生命	3 医療	4 特約	5 短期休業 三井住友海上	6 長期休業	MSA アフラック アクサ	団体確認欄