

<ご契約者様・ご家族連絡先情報>確認・回答シート

ご家族連絡先登録制度については同封の「ひまわりご家族サポートプラス」をご確認ください。

時点の情報を表示しています。

- ご契約者様の住所・電話番号に変更がある場合は右の欄に新しい情報をご記入ください。
- ご家族連絡先登録制度に登録する場合は「ご家族の連絡先」欄にご記入ください。

変更がある場合は同封の返信用封筒でご返送ください。

対象証券番号 ※ご契約が7件以上ある場合、ご案内は2通に分けてお送りしています。

ご契約者名

ご契約者様の現在の登録情報

住所	
電話番号①	
電話番号②	

住所・電話番号の変更がある場合

住所	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (都道府県) (市区郡)	
電話番号①	-	転居状況 ① 転居済 ② 転居予定 (転居予定日: 令和____年____月____日) ※日付までご記入ください。未定の場合は決定後にご記入・ご返送ください。
電話番号②	-	

ご家族連絡先登録制度とは

ご家族の連絡先をあらかじめ登録しておく、ご契約者様に代わって、登録したご家族が保障内容のお問い合わせや、各種書類の取り寄せなどができます。

たとえば、こんなとき!

入院費用はどれぐらいかな…。

入っている保険はどんな保障内容だったかな…。

登録家族が代わって対応!

※ご記入は請求権者様となります。

夫の入っている保険の保障内容を教えてください。

※ご登録は2名まで可能です。
※同封している「ひまわりご家族サポートプラス」で詳しくご説明しています。ぜひ、この機会にご登録をご検討ください。


ご家族の連絡先を登録希望の場合は、以下の署名欄を含む全ての項目をご記入ください。

別紙「ご家族連絡先登録制度規約」を確認し、下記の者を「登録家族」として登録することを、被保険者・登録家族本人とともに同意します。

ご署名 (必須) _____ 様
記入日: 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日 (ご契約者様自署)

フリガナ			ご契約者様から見た続柄 ① 配偶者 ② 子 ③ 孫 ④ 兄弟・姉妹 ⑤ おい・めい ⑥ その他の親族(4親等以内)
お名前	お一人目 様		
生年月日	(大正) (昭和) (平成) ____年__月__日	性別	① 男性 ② 女性
住所	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (都道府県) (市区郡)		ご契約者様から見た続柄 ① 配偶者 ② 子 ③ 孫 ④ 兄弟・姉妹 ⑤ おい・めい ⑥ その他の親族(4親等以内)
電話番号①	-	電話番号② (任意)	
フリガナ			ご契約者様から見た続柄 ① 配偶者 ② 子 ③ 孫 ④ 兄弟・姉妹 ⑤ おい・めい ⑥ その他の親族(4親等以内)
お名前	お一人目 様		
生年月日	(大正) (昭和) (平成) ____年__月__日	性別	① 男性 ② 女性
住所	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (都道府県) (市区郡)		ご契約者様から見た続柄 ① 配偶者 ② 子 ③ 孫 ④ 兄弟・姉妹 ⑤ おい・めい ⑥ その他の親族(4親等以内)
電話番号①	-	電話番号② (任意)	

住所変更、ご家族連絡先の登録については、**マイリンククロス (Webサービス)**からもお手続きできます。
(マイリンククロスでお手続きいただいた方は、本用紙の返送は不要です)

アクセスはこちらから 

ひまわり生命 住所変更 ひまわり生命 家族登録

●本用紙の記入方法、ご家族連絡先登録制度に関するお問い合わせは下記の窓口まで

0120-787-161 受付時間 月～金 9:00～17:00 [土曜日、日曜日、祝日および12月31日～1月3日は除きます]

切り離さずにそのままご返送ください

※生年月日はお問い合わせの際にご本人様確認としてお聞きするため、正しくご記入ください。