

申込内容訂正請求書

1482409

当帳票は契約申込書の保険契約者氏名(法人印)、被保険者氏名、親権者・後見人氏名欄の訂正には使用できません。

SOMPOひまわり生命保険株式会社 宛

ご契約者様は、控えとして本紙コピーを必ずお受け取りください

貴社に申し込みました生命保険契約について、下記のとおり訂正を請求いたします。

記入日	令和 年 月 日	申込番号				—									
保険契約者	<自署>	法人契約者印	親権者・ 後見人	<自署>	様										
被保険者	<自署> (保険契約者と同じの場合、自署不要です)		親権者・ 後見人	<自署>	様										

該当事項に ☒ をご記入ください

訂正事項	訂正後内容										
<input type="checkbox"/> リビング・ニーズ特約	<input type="checkbox"/> 付加する <input type="checkbox"/> 付加しない		<input type="checkbox"/> 介護前払特約		<input type="checkbox"/> 付加する <input type="checkbox"/> 付加しない						
<input type="checkbox"/> 死亡保険金受取人 遺族年金受取人 養育年金受取人 死亡給付金受取人 災害死亡給付金受取人	<input type="checkbox"/> 保険契約者に同じ※1	フリガナ		性別	生年月日		被保険者から見た続柄	分割割合(%)※3	受取人人数※3		
	<input type="checkbox"/> 右記のとおり	氏名			① ⑤ ④ ③						
	<input type="checkbox"/> 別紙記載のとおり※2※3	様			年 月 日				人		
<input type="checkbox"/> 満期保険金受取人 給付金受取人 (がん保険(01)の場合)	<input type="checkbox"/> 保険契約者に同じ	フリガナ		性別	生年月日		被保険者から見た続柄	分割割合(%)※4	受取人人数※4		
	<input type="checkbox"/> 右記のとおり	氏名			① ⑤ ④ ③						
	<input type="checkbox"/> 別紙記載のとおり※2※4	様			年 月 日				人		
<input type="checkbox"/> 指定代理請求特約 指定代理請求人	<input type="checkbox"/> 付加する	指定代理請求人氏名		被保険者※5から見た続柄							
	<input type="checkbox"/> 付加しない	様									
<input type="checkbox"/> 保障内容 合計保険料	<input type="checkbox"/> 主契約保険金額※6を 億 千万 百万 十万 万 千 百 十 円に訂正します。										
	<input type="checkbox"/> () 特則 特約 保険金額※6を 億 千万 百万 十万 万 千 百 十 円に訂正します。										
	下記特則・特約を取り消します。										
	医療保険 (M1ー01)	<input type="checkbox"/> 医療用健康回復支援給付特約 (特定投薬治療給付型)		<input type="checkbox"/> 医療用がん入院特約		<input type="checkbox"/> 介護一時金特約					
		<input type="checkbox"/> 医療用新先進医療特約		<input type="checkbox"/> 医療用女性疾病入院特約		<input type="checkbox"/> 医療用介護年金特約					
		<input type="checkbox"/> 医療用入院一時金特約		<input type="checkbox"/> 医療用新三大疾病一時金特約		<input type="checkbox"/> 医療用手術増額特約					
		<input type="checkbox"/> 医療用通院特約		<input type="checkbox"/> 医療用新がん診断給付特約		<input type="checkbox"/> 医療用総合生活障害保障特約					
		<input type="checkbox"/> 七大生活習慣病追加給付特則		<input type="checkbox"/> 医療用新がん外来治療給付特約		<input type="checkbox"/> 医療用保険料免除特約					
	終身がん保険 (C2) 終身がん保険 (C3)	<input type="checkbox"/> 抗がん剤・ホルモン剤治療給付特約		<input type="checkbox"/> がん保険料免除特約		<input type="checkbox"/> がん入院特約					
		<input type="checkbox"/> 新がん先進医療特約		<input type="checkbox"/> がん外来治療給付特約		<input type="checkbox"/> がん診断給付特約		<input type="checkbox"/> ()			
	限定告知型医療保険 (M2) (入院治療給付型)	<input type="checkbox"/> 限定告知医療用新三大疾病入院治療給付特約		<input type="checkbox"/> 限定告知医療用入院給付特約		<input type="checkbox"/> 新三大疾病支払回数無制限特則					
		<input type="checkbox"/> 新三大疾病支払回数無制限特則 (主契約に付帯)		<input type="checkbox"/> 限定告知医療用新三大疾病入院治療給付特約に付帯)							
		<input type="checkbox"/> 限定告知医療用外来手術給付特約		<input type="checkbox"/> 限定告知医療用新三大疾病保険料免除特約							
	上記以外	<input type="checkbox"/> 定期保険特約		<input type="checkbox"/> 養老保険特約		<input type="checkbox"/> 災害死亡特約		<input type="checkbox"/> 介護一時金特約		<input type="checkbox"/> 特定疾病診断保険料免除特約	
		<input type="checkbox"/> 七大疾病・就労不能保険料免除特約		<input type="checkbox"/> 無解約返戻金型就労不能保障特約		<input type="checkbox"/> 変額用保険料免除特約					
<input type="checkbox"/> 無解約返戻金型メンタル疾患保障付七大疾病保障特約		<input type="checkbox"/> 限定告知医療用特定疾病診断保険料免除特約									
健康体料率特約の申込料率変更											
<input type="checkbox"/> 非喫煙者標準体保険料率へ変更 <input type="checkbox"/> 喫煙者健康体保険料率へ変更 <input type="checkbox"/> 健康体料率特約を取り消し(「標準体保険料率」に変更される場合)											
【終身がん保険(C2)(がん治療給付型)／終身がん保険(C3)(がん診断給付型)の場合】申込料率変更											
<input type="checkbox"/> 喫煙者保険料率へ変更 <input type="checkbox"/> 標準保険料率へ変更(ご契約年齢20歳未満のみ)											
【変額保険(V1)(就労不能・介護保障型)／変額保険(V2)(死亡保障型)の場合】健康ステージ変更											
<input type="checkbox"/> 非喫煙者標準体ステージへ変更 <input type="checkbox"/> 喫煙者健康体ステージへ変更 <input type="checkbox"/> 健康ステージの適用なしへ変更											
<input type="checkbox"/> () を () に訂正します。											
合計保険料の変更が生じる場合、必ずご記入ください。	<input type="checkbox"/> 合計保険料※7を		億 千万 百万 十万 万 千 百 十 円に訂正します。				営業店受付日		本社担当者		
	終身がん保険(C2)(がん治療給付型)または終身がん保険(C3)(がん診断給付型)で、払込方法が年払・半年払の場合、以下も必ずご記入ください。										
	<input type="checkbox"/> 第1回払込保険料を		億 千万 百万 十万 万 千 百 十 円に訂正します。								