

申込内容訂正請求書

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	一					
保険契約者	<自署>	法人契約者印 様	親権者・ 後見人	<自署> 様				
被保険者	<自署> (保険契約者と同一の場合、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

※1 ごども保険の場合、被保険者と読み替えます。
 ※2 受取人を2名以上指定する場合、「別紙記載のとおり」にしきつけ、別途受取人明細書をご提出ください。
 ※3 養育年金受取人の場合、記入できません。※4 給付金受取人の場合、記入できません。
 ※5 ごども保険の場合、保険契約者と読み替えます。※6 保険種類により給付金日額・年金月額等と読み替えます。
 ※7 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、第2回以後の払込保険料を記入します。

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		
死亡保険金受取人 遺族年金受取人 <input type="checkbox"/> 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"/> 保険契約者と同じ※1 <input type="checkbox"/> 右記のとおり <input type="checkbox"/> 別紙記載のとおり※2※3	フリガナ 氏名 様	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
满期保険金受取人 <input type="checkbox"/> 給付金受取人 (がん保険(01)の場合)	<input type="checkbox"/> 保険契約者と同じ <input type="checkbox"/> 右記のとおり <input type="checkbox"/> 別紙記載のとおり※2※4	フリガナ 氏名 様	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"/> 指定代理請求特約 <input type="checkbox"/> 指定代理請求人	<input type="checkbox"/> 付加する <input type="checkbox"/> 付加しない	指定代理請求人氏名 様	被保険者※5から見た続柄				
	<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 (M1-01)	<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"/> 医療用新進先医療特約 <input type="checkbox"/> 医療用入院一時金特約 <input type="checkbox"/> 医療用通院特約 <input type="checkbox"/> 七大生活習慣病追加給付特則 <input type="checkbox"/> 新三大疾病支払日数無制限特則	<input type="checkbox"/> 医療用がん入院特約 <input type="checkbox"/> 医療用女性疾病入院特約 <input type="checkbox"/> 医療用新三大疾病一時金特約 <input type="checkbox"/> 医療用新がん診断給付特約 <input type="checkbox"/> 医療用新がん外来治療給付特約 <input type="checkbox"/> 医療用抗がん剤治療給付特約 <input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> 介護一時金特約 <input type="checkbox"/> 医療用介護年金特約 <input type="checkbox"/> 医療用手術増額特約 <input type="checkbox"/> 医療用総合生活障害保障特約 <input type="checkbox"/> 医療用保険料免除特約 <input type="checkbox"/> 医療用特定疾病診断保険料免除特約
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 □がん保険料免除特約 □がん入院特約 <input type="checkbox"/> 新がん先進医療特約 □がん外来治療給付特約 □がん診断給付特約 □()		
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 □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"/> 限定告知医療用新進先医療特約(支援給付金付) <input type="checkbox"/> 限定告知医療用新三大疾病支払日数無制限特則	<input type="checkbox"/> 限定告知医療用新三大疾病入院治療給付特約 □新三大疾病支払回数無制限特則(主契約に付帯) <input type="checkbox"/> 限定告知医療用新進先医療特約(支援給付金付) <input type="checkbox"/> 限定告知医療用新三大疾病支払日数無制限特則	
上記以外	<input type="checkbox"/> 定期保険特約 □養老保険特約 □災害死亡特約 □介護一時金特約 □特定疾病診断保険料免除特約 □七大疾病・就労不能保険料免除特約 □無解約返戻金型就労不能保障特約 □変額用保険料免除特約 □無解約返戻金型メンタル疾患保障付七大疾病保障特約 □限定告知医療用特定疾病診断保険料免除特約 □限定告知介護一時金特約 □限定告知介護年金特約 □()		

健全体率特約の申込料率変更

 非喫煙者標準体保険料率へ変更 喫煙者健全体保険料率へ変更 健全体率特約を取り消し(「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

 喫煙者保険料率へ変更 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】健全体率変更

 非喫煙者標準体ステージへ変更 喫煙者健全体ステージへ変更 健全体率の適用なしへ変更 () 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。		