

未成年後見人補償制度 変更依頼書

加入している記載の保険契約につき、変更事項が生じましたので通知いたします。

	ご記入欄			
変更依頼日（記入日）	西暦	年	月	日
変更日・脱退日	西暦	年	月	日 0時

■変更情報

①未成年後見人補償制度 (未成年後見業務賠償責任保険)	ご加入者氏名 (記名被保険者) ご署名・ご捺印欄		フリガナ	
			漢字	印
	変更事由		該当の変更事由に「○」をしてください。 住所変更 ・ 脱退 ・ その他 ()	
	変更後のご加入情報	ご住所	フリガナ	
		漢字	〒	
	ご連絡先	TEL		
		メール		

②被後見人補償制度 (総合生活保険)	変更前の未成年被後見人氏名			
	変更事由		該当の変更事由に「○」をしてください。 加入者（被保険者）変更 ・ 住所変更 ・ 脱退 その他 ()	
	変更後のご加入情報	ご加入者氏名 (記名被保険者) ご署名欄	フリガナ	
			漢字	
	ご住所	フリガナ		
		漢字	〒	
	ご連絡先	TEL		
		メール		

■本保険に関するお問い合わせ先

<取扱代理店> 有限会社 システムマネジメント
TEL: 03-5725-1234
住所: 東京都目黒区目黒本町3-5-10-1階

<引受保険会社> 東京海上日動火災保険㈱ 医療福祉法人部
TEL: 03-3515-4143