

21

職員団体傷害保険変更依頼書

職員の異動などにより、被保険者の交替や脱退などが発生した場合には、このページをコピーしてご記入のうえ、取扱代理店にご提出ください。(FAX不可)

※被保険者の交替の場合は、P43の明細書もあわせてご提出ください。(明細書にご記入いただくのは新たに被保険者となる職員の方の内容のみで結構です。)

※職員の人数が増える場合は、変更依頼書ではお手続きできません。加入依頼書を使用して、増加人数分の中途加入手続きをお願いします。

詳細な手続き方法については加入通知書に同封のご案内をご覧ください。

<職員団体傷害保険被保険者交替時の確認事項>

私は下記事実と相違ないこと、「職員団体傷害保険」の被保険者が全私保連賛助会員であること、および重要事項説明書に添付の「ご加入内容確認事項」を確認のうえ、以下の変更を依頼します。また、私は、東京海上ホールディングス傘下の保険会社が、その保有する私と被保険者全員の個人情報(氏名、生年月日、性別、住所、保障(補償)内容、過去の謝絶歴、特別(引受)条件歴、保険金・給付金受領歴等の各種データ)を、契約引受、契約内容変更、保険金・給付金支払等の可否の判断等のために共同して利用することについて被保険者全員の同意を確認のうえ、同意いたします。

お申し出日 年 月 日

変更前の内容

会員園コード	-		
園名	印 「職員団体傷害保険被保険者交替時の確認事項」確認印兼用		
住所	〒 電話番号 ()		
変更内容(※)	(該当する変更内容に○をしてください) 1. 職員団体傷害保険の被保険者交替 2. 職員団体傷害保険の被保険者脱退 3. その他 ()		
変更日	20 年 月 日 (お申し出日以降の日付をご記入ください。)		
脱退者氏名	(変更内容が1. または2. の場合、脱退する職員の氏名をご記入ください。)		
備考			

変更後の内容 (職員団体傷害保険の被保険者脱退の場合はご記入不要です。)

交替者氏名	(変更内容が1. の場合、脱退者に替わって新たに被保険者となる職員の氏名をご記入ください。)
-------	--

*他の保険契約等(この保険契約の全部または一部に対して支払い責任が同じである保険契約または共済契約をいいます。)がある場合には、下記の表に詳細をご記入ください。

被保険者氏名	保険会社・共済会社	保険種類	満期日 (補償の終了する日)	保険金額・支払限度額 (ご契約金額)(万円)

保険料返戻先口座 (被保険者脱退の場合のみご記入ください。)

(カナ)	
銀行 支店	
預金種目	普通 当座
口座番号	
口座名義人	(カナ)
	(漢字)

返戻保険料

円

20

21

(会社記入欄)

担当課支社	
担当代理店	

担当代理店の皆様へ
該当の職員団体傷害保険被保険者明細書コピーを添付のうえ、公務第二部文教公務室に送付してください。

課支社受付印

返戻保険料は、東京海上日動火災保険株式会社より返戻させていただきます。また、貴口座に返戻されるまで約一ヶ月程度かかりますのでご了承をお願いします。
※ゆうちょ銀行は返戻先口座としてお取り扱いできかねますのでご了承ください。