

総合福祉団体定期保険・団体定期保険 被保険者内容変更通知書

SOMPOひまわり生命保険株式会社 宛

以下の被保険者につき変更がありましたので通知いたします。

通知発信日 令和 年 月 日

証券番号(契約番号) 夕

(死亡保険金受取人変更について)  
 死亡保険金受取人は被保険者の同意を得たうえで行う必要があります。  
 この場合、本通知が当社に到着した時は、保険契約者が本通知を発信した日(通知発信日)に遡って死亡保険金受取人の効力が発生します。

保険契約者  
 団体名 届出印  
 代表者役職・氏名

事業所名  
 事業所コード( )

被保険者  
 被保険者番号 必ずご記入ください。 - 0 0  
 家族区分 (団体定期保険の場合のみ該当のものに○)  
 本人 配偶者 子ども  
 本人(団体負担分)  
 (旧)被保険者名(カナ) 必ずご記入ください。

団体定期保険(任意加入制度)で「死亡保険金受取人変更」の場合、以下の個人情報取扱について確認のうえ、被保険者の方が押印ください。

<死亡保険金受取人の個人情報取扱について>  
 変更後の死亡保険金受取人の個人情報について、被保険者の個人情報と同様に取扱われることを死亡保険金受取人からも同意を取得しました。

変更・訂正項目の番号を○で囲んで、変更・訂正後の内容をご記入ください。

変更・訂正項目	変更・訂正後の内容	
① 氏名変更・訂正	(フリガナ) ----- (漢字)	
② 性別訂正	① 男 ② 女	
③ 生年月日訂正	③ 昭和 ④ 平成 ⑤ 令和 年 月 日	
④ 死亡保険金受取人変更 (団体定期保険のみ)	続柄 (該当のものに○をしてください)	(フリガナ) ----- (漢字)
	① 配偶者 ② 子ども ③ 父母 ④ 祖父母 ⑤ 兄弟姉妹 ⑥ 法定相続人 ⑦ 事業主 ⑧ その他 ⑩ 約款順位	他 ----- 人
⑤ その他変更・訂正事項		

営業店受付日	本社受付日	点検	決定

総合福祉団体定期保険・団体定期保険 被保険者内容変更通知書

SOMPOひまわり生命保険株式会社 宛

以下の被保険者につき変更がありましたので通知いたします。

通知発信日 令和 年 月 日

証券番号 (契約番号) 夕

(死亡保険金受取人変更について)  
 死亡保険金受取人は被保険者の同意を得たうえで行う必要があります。  
 この場合、本通知が当社に到着した時は、保険契約者が本通知を発信した日(通知発信日)に遡って死亡保険金受取人の効力が発生します。

団体名 届出印  
 代表者役職・氏名

事業所名  
 事業所コード( )

被保険者番号 必須ご記入ください。 - 0 0  
 家族区分 (団体定期保険の場合のみ該当のものに○)  
 本人 配偶者 子ども  
 本人(団体負担分)  
 (旧)被保険者名(カナ) 必須ご記入ください。  
 団体定期保険(任意加入制度)で「死亡保険金受取人変更」の場合、以下の個人情報取扱について確認のうえ、被保険者の方が押印ください。

<死亡保険金受取人の個人情報取扱について>  
 変更後の死亡保険金受取人の個人情報について、被保険者の個人情報と同様に取扱われることを死亡保険金受取人からも同意を取得しました。

変更・訂正項目の番号を○で囲んで、変更・訂正後の内容をご記入ください。

変更・訂正項目	変更・訂正後の内容	
① 氏名変更・訂正	(フリガナ) ----- (漢字)	
② 性別訂正	① 男 ② 女	
③ 生年月日訂正	③ 昭和 ④ 平成 ⑤ 令和 年 月 日	
④ 死亡保険金受取人変更 (団体定期保険のみ)	続柄 (該当のものに○をしてください)	(フリガナ) ----- (漢字)
	① 配偶者 ② 子ども ③ 父母 ④ 祖父母 ⑤ 兄弟姉妹 ⑥ 法定相続人 ⑦ 事業主 ⑧ その他 ⑩ 約款順位	「法定相続人」「約款順位」以外の場合にご記入ください。受取人を複数指定する場合は「他」の欄に人数を記載のうえ、その他変更・訂正事項欄に他受取人の「名前(フリガナ)・続柄コード・受取割合(合計100%)」をご記入ください。
⑤ その他変更・訂正事項		

ご契約者様控