

FAXお問い合わせサービスのご案内

1. 当サービスは耳や言葉の不自由なお客さまや、お電話によるお問い合わせが困難なお客さま専用のサービスとなっておりますので、ご理解とご協力を願いいたします。
2. FAX専用お問い合わせ用紙をご使用ください。
用紙到着後、手続きに必要な書類をご契約者さままたはご加入者さまの住所あてにお送りいたします。
(FAXによる回答は行っておりません。)
3. お問い合わせの内容によっては、回答にお時間を要したり、回答いたしかねる場合もございます。また、FAX専用お問い合わせ用紙に記入漏れや不備がある場合は回答ができない場合がございます。FAX送信から10日以上経過しても当社からの回答がない場合は、FAXの未着・不鮮明等の可能性がございます。その際には、記入内容・FAX送信状況をご確認のうえ、再度送信をお願いいたします。
4. 当社のウェブサイトに掲載のプライバシーポリシーの記載内容をご確認のうえ、アメリカンホーム医療・損害保険株式会社の業務上必要な範囲で、取得、利用されることにご同意いただける場合は、当サービスをご利用ください。

FAX送信先：アメリカンホーム医療・損害保険株式会社

FAX番号：03-6867-1100

お間違いのないようにご注意ください

耳や言葉の不自由なお客さま専用
FAX専用お問い合わせ用紙

FAX専用

送信先：アメリカンホーム医療・損害保険株式会社

FAX番号：03-6867-1100

①お問い合わせの内容をご記入ください

②ご契約者またはご加入者情報記入欄 ※は必須項目です。必ずご記入ください。

証券番号または 加入者番号 照会番号		
「ご契約者さままたはご加入者さま署名」と「[お客さまに関する個人情報の取り扱いについて]への同意に関する署名」欄		
フリガナ		
※ご契約者氏名 またはご加入者氏名 (自署)		
※生年月日	大正 昭和 平成	年 月 日
ご登録住所	〒 -	
※ご登録電話番号	- -	

証券番号、加入者番号は、証券・加入者証より、照会番号は当社より送付しました保険金請求書類にてご確認ください。