

## 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、ご理解とご協力をお願いいたします。
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、お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：0120-861-115**

お間違いのないようご注意ください

送信先：アメリカンホーム医療・損害保険株式会社：

**FAX番号: 0120-861-115**

①ご依頼内容（該当する項目に✓を入れてください）

☐ 住所変更 ( ☐ 転居済 ☐ 転居予定日 : 年 月 日 )

※今後の書類の送付先を新住所とする場合は、以下「ご契約者またはご加入者情報」の「新住所」欄にご記入ください。

☐ 改姓手続き ☐ 契約者または加入者 ☐ 被保険者（補償対象者）

契約者または加入者の改姓で、書類の送付先を新姓とする場合（新姓： ）

☐ 証券・加入者証再発行

☐ 控除証明書の再発行

☐ 銀行口座の変更

☐ クレジットカードの変更

☐ 解約（ご希望の手続きをご選択ください： ☐ 中途解約 ☐ 満期解約 ）

※選択希望がない場合は、中途解約の書類をお送りします。

☐ その他（ ）

②ご契約者またはご加入者情報 ※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		
「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		
※ご契約者名 またはご加入者名 改姓された方は旧姓を ご記入ください。	(自署)	
※生年月日	<div> <div>大正</div> <div>昭和</div> <div>平成</div> </div>	年 月 日
ご登録住所	〒 —	
新住所 (住所変更された お客さま)	〒 —	
※ご登録電話番号	—	—