

FAX番号:0120-911-980

保険契約に関するお申し出内容連絡用紙

オリックス生命保険株式会社
カスタマーサービスセンター行

①お手続きに関するもの

- 住所変更したい。
- 保険料振替口座の変更をしたい。
- クレジットカードの変更をしたい。
- 改姓(契約者・被保険者)した。
(契約者改姓で、お手続き書類の宛名を新姓とする場合「新姓: _____」)
- 受取人変更したい。
- 解約したい。
- 保険金・給付金の請求がしたい。
- 生命保険料控除証明書の再発行をしてほしい。
- 保険証券の再発行をしてほしい。
- その他 (_____)

②ご加入契約の内容に関すること

- 現在の保障内容が知りたい。
- 解約時や契約者貸付時の受取金が知りたい。
- その他 (_____)

◆書面でのお手続きが必要な場合には、お申し出後、別途書類をお送りいたします。

ご契約の証券番号		証券番号は、保険証券やオリックス生命から送付される通知等に記載されています。
お名前		
ご住所		
お客さまのFAX番号	()-()-()	

オリックス生命保険株式会社 カスタマーサービスセンター
東京都立川市曙町2-22-20 立川センタービル13F
営業時間 月～金曜日 9:00～18:00(土・日・祝日、年末年始の休業日を除く)