

**FAX 番号**

**0120-633-416**

**FAX 専用連絡票（耳や言葉の不自由なお客さま専用）**

必要事項をご記入のうえ、FAX でお送りください。

ご契約内容に関する照会、各種変更・再発行手続きは、ご加入者さまからのお申出に限らせていただいておりますのでご了承ください。

FAX 受領後、書面でのお手続きが必要な場合は必要書類をお送りいたします。また、ご照会につきましては FAX でご回答いたします。なお、内容により、弊社から FAX でお問い合わせをさせていただく場合がございますのでご了承ください。

**1. お客さまの情報** ※全項目必須

|                   |                                  |        |  |
|-------------------|----------------------------------|--------|--|
| 記入日               | 2 0 年 月 日                        |        |  |
| 記入者<br>※○をつけてください | 加入者本人<br>加入者以外 ⇒ (氏名： 加入者との続柄： ) |        |  |
| 加入者名              | (カナ)                             |        |  |
| 生年月日              | 年 月 日                            |        |  |
| 住所                | 〒                                |        |  |
| 電話番号              |                                  | FAX 番号 |  |

**2. ご契約情報** ※複数選択/記入可

お問い合わせ・お手続きを希望されるご契約に☑をし、右欄に必要事項をご記入ください。

|      |   |                        |
|------|---|------------------------|
| 団体保険 | <input type="checkbox"/> 住宅ローンの保険<br><input type="checkbox"/> 住宅以外のローンの保険                                   | ローンお借入先の金融機関名をご記入ください。 |
| 個人保険 | <input type="checkbox"/> ライフサイクルプラン<br><input type="checkbox"/> がん保険, 医療保険<br><input type="checkbox"/> 年金保険 | 証券番号をご記入ください。<br>— —   |

**3. お問い合わせ・お申出の内容** ※複数選択/記入可

ご希望のお問い合わせ・お手続きに☑をし、内容に応じて右欄に必要事項をご記入ください。

|                 |   |                             |
|-----------------|---|-----------------------------|
| 団体保険/<br>個人保険共通 | <input type="checkbox"/> 保険金・給付金請求<br><input type="checkbox"/> 契約内容に関する照会<br><input type="checkbox"/> その他                         | お問い合わせ・お手続きの具体的な内容をご記入ください。 |
| 個人保険のみ          | <input type="checkbox"/> 住所変更<br><input type="checkbox"/> 生命保険料控除証明書の再発行 ( 年度分)<br><input type="checkbox"/> 契約内容変更・名義変更 ( の変更を希望) |                             |

**カーディフ生命保険株式会社 カスタマーサービスセンター**

〒150-0031 東京都渋谷区桜丘町 20-1 渋谷インフォスター

電話：0120-820-275 FAX：0120-633-416

営業時間：月曜日～金曜日 9：00～18：00（祝日、年末年始を除く）

※営業時間外でも FAX 受信は可能です。但し、弊社の対応は翌営業日（営業時間内）となりますのでご了承ください。