

総合福祉団体定期保険
無配当総合福祉団体定期保険 異動報告書

ジブラルタ生命保険株式会社 御中

下記の被保険者に異動が生じましたので通知します。

提出日

年 月 日

《個人情報の取り扱いについて》-保険契約者および生命保険会社からのお知らせ-

当該保険制度の運営にあたり、保険契約者は加入対象者(被保険者)の個人情報(氏名、性別、生年月日、健康状態等)以下、個人情報を取り扱い、保険契約を締結する生命保険会社(共同取扱会社を含みます。以下同じ。)へ提出いたします。また、保険契約者は、当該保険制度の運営において入手する個人情報を、事務手続きのため使用いたします。生命保険会社は受領した個人情報を、①各種保険契約の引受け・継続・維持管理、保険金・給付金等の支払、②関連会社・提携会社等を含む各種商品・サービスのご案内・提供・ご契約の維持管理、③生命保険会社の業務に関する情報提供・運営管理、商品・サービスの充実、④その他保険に関連・付随する業務のために利用(注)し、また、保険契約者、他の生命保険会社および再保険会社上記目的の範囲内で提供します。なお、今後、個人情報に変更等が発生した際にも、引続き保険契約者および生命保険会社においてそれぞれ上記に準じ個人情報が取り扱われます。また、引受保険会社は、今後、変更する場合がありますが、その場合、個人情報は変更後の引受保険会社に提供されます。
(注)保健医療等の機微(センシティブ)情報については、保険業法施行規則により、利用目的が限定されています。

契約者

団体名
代表者

届出印

白く抜いてある項目に記入・押印ください。

商品	ご契約番号(右詰め)	管理番号1(右詰め)	管理番号2(右詰め)	管理番号3(右詰め)

お願い

- 被保険者氏名の訂正のときは、旧氏名を被保険者欄にご記入ください。
- 死亡の場合は、異動年月日欄に死亡日をご記入ください。
- 団体番号、管理番号、被保険者番号、生年月日、加入保険金額はお手元の「被保険者名簿」に基づいてご記入ください。

被保険者	生年月日 (年号は、該当に○印)	異動事由 (該当欄に□レ印)	異動年月日 * 脱退の場合は記入不要	変更または訂正後の内容 (性別・年号は、該当に○印)							
				生年月日 (年号は、該当に○印)				性別	被保険者名		
				年号	年	月	日				
1 カナガキ (姓) 被保険者番号	(名) 3:昭和 4:平成	□:脱退 □:死亡 □:生年月日訂正 □:性別訂正 □:被保険者名訂正(改姓)		3:昭和 4:平成				1:男 2:女	カナガキ 漢字	(名)	
2 カナガキ (姓) 被保険者番号	(名) 3:昭和 4:平成	□:脱退 □:死亡 □:生年月日訂正 □:性別訂正 □:被保険者名訂正(改姓)		3:昭和 4:平成				1:男 2:女	カナガキ 漢字	(名)	
3 カナガキ (姓) 被保険者番号	(名) 3:昭和 4:平成	□:脱退 □:死亡 □:生年月日訂正 □:性別訂正 □:被保険者名訂正(改姓)		3:昭和 4:平成				1:男 2:女	カナガキ 漢字	(名)	
4 カナガキ (姓) 被保険者番号	(名) 3:昭和 4:平成	□:脱退 □:死亡 □:生年月日訂正 □:性別訂正 □:被保険者名訂正(改姓)		3:昭和 4:平成				1:男 2:女	カナガキ 漢字	(名)	
5 カナガキ (姓) 被保険者番号	(名) 3:昭和 4:平成	□:脱退 □:死亡 □:生年月日訂正 □:性別訂正 □:被保険者名訂正(改姓)		3:昭和 4:平成				1:男 2:女	カナガキ 漢字	(名)	

H

合計

脱退者

死亡者

その他訂正

名

名

名

(□ 枚 / □ 枚中)

営業部門受付日

本社受付日

S企保-727(12.01)