

# 遺族年金・高度障害年金受取方法指図書

FWD生命保険株式会社 御中

私は、貴社普通保険約款・特約条項の規定に基づき「お客様に関する個人情報のお取扱いについて」を確認・同意のうえ、遺族年金・高度障害年金の受け取り方法について下記の通り指定します。

|      |   |      |   |
|------|---|------|---|
| 証券番号 | 号 |      |   |
| 契約者  | 様 | 被保険者 | 様 |

|     |       |   |
|-----|-------|---|
| 請求日 | 年 月 日 |   |
| お名前 | 刀がナ   | 請求・同意印<br> |
|     |       |   |

《遺族年金・高度障害年金受取方法を1つだけ選択し、をご記入ください。》

①. 年金として受取る。(毎月受取)

②. 一括して年金現価を受取る。(一括受取)

③. 年金現価の一部を一時金として受取り、残りを年金として受取る。(一部一括受取)

**「①.毎月受取」または、「②.一括受取」以外をご希望の場合は、お電話にてお問い合わせください。受付時間：9:00 - 18:00 (土・日・祝日・年末年始を除く)**

**0120-211-901 (通話料無料)**

※年金払契約ではない等、ご契約によっては、受取方法をご選択できない場合もございます。

|       |  |  |       |       |
|-------|--|--|-------|-------|
| 会社使用欄 | 代理店受付印   | 取扱営業店受付印   | 本社受付印 | 書類完備日 |
|       | 年 月 日<br> | 年 月 日<br> |       |       |