

FWD生命保険株式会社 御中

受付No.

被保険者の死亡にともなう保険金・給付金・保険料払込免除の請求にあたり、次のとおり代表者を定め、代表者が他の相続人または受取人を代理するものとします。  
 なお、本件に関して後日、受取人本人および第三者から異議の申し立てがあったときは、私(達)が一切の責任を負い、決して貴社に迷惑をかけることを誓約いたします。  
 後日貴社に損害が生じた場合は損害賠償いたします。  
 また、個人情報の取扱いについては、「お客さまに関する個人情報のお取扱いについて」の詳細を確認のうえこれに同意いたします。

 証券番号※			
 契約者			
 被保険者			

※複数契約をまとめてご請求できる場合は、同一契約形態(契約者および被保険者が同一契約)かつ同一請求者の場合に限りです。

 記入日	年 月 日	請求書に押印が必要な場合のみ、押印ください。 印鑑証明書が必要な場合は、実印を押印ください。
---	-------	---

保険金・給付金・保険料払込免除請求書に記載の受取人様をご記入ください。

 相続人または受取人の代表者	住所	〒	—	フリガナ	氏名	様	同意印 

上記代表者様以外の相続人様または受取人様をご記入ください。

 その他の相続人または受取人	住所	〒	—	フリガナ	氏名	様	同意印 
	住所	〒	—	フリガナ	氏名	様	同意印 
	住所	〒	—	フリガナ	氏名	様	同意印 
	住所	〒	—	フリガナ	氏名	様	同意印 
	住所	〒	—	フリガナ	氏名	様	同意印 

