

FAXによるお問合せ方法のご案内

送信先：チューリッヒ生命

FAX番号：0120-703-216

- ・お客様からFAXをお送りいただく際の、送信先誤りなどのトラブルについては、当社では責任を負いかねます。番号に誤りがないかご確認の上で送信してください。
- ・以下の専用お問合せ用紙を印刷していただき、必要事項をご記入の上、ご契約者様の本人確認書類※の写しと合わせて送信してください。
- ・プリンターをお持ちでない場合など、お問合せ用紙を出力していただくことが難しい場合は、お手持ちの用紙でのお問合せも可能です。その際は、お問合せ用紙を参照の上、【お客様情報記入欄】①～⑥の内容と、【お問合せ・お申出内容】の詳細をご記入いただき、本人確認書類※の写しと合わせて送信してください。

※本人確認書類については、運転免許証・健康保険証・パスポートのいずれかで、有効期限内であることと、お客様のお名前・生年月日が確認できるページの写しをお送りいただきますようお願いいたします。

- ・FAXを受付後、翌営業日までに、お問合せ用紙に記載していただいたFAX番号に、FAXを受理した旨のご報告のFAXをお送りいたします。ご記載いただいた内容に不備があった場合には、再送のお願いをFAXでお送りいたします。後日、お手続きに必要な書類ならびにお問合せの回答を、ご登録の住所へ文書で郵送いたします。個人情報保護の観点から、FAXでの回答はいたしておりませんのでご了承ください。

お客様の個人情報は、以下に掲げる目的で業務上必要な範囲で利用いたします。以下の個人情報のお取扱いについて同意の上でFAXを送信してください。

当社の個人情報のお取扱いについては、[「個人情報保護方針」](#)をホームページに掲載しておりますのでご覧ください。

- ①当社の保険の募集、資料請求受付、中途付加、お引受け、更新および保険金・給付金のお支払
- ②当社の保険契約の保安全管理およびこれに関連・付随する業務
- ③当社およびグループ会社の商品やサービスのご紹介、ご提供
- ④アンケートの実施や市場調査および保険商品・サービスの開発・研究
- ⑤再保険契約の締結、再保険契約に基づく通知および再保険金の請求
- ⑥他の事業者から個人情報(データ)の処理の全部または一部について委託された場合等において、委託された当該業務の適切な遂行
- ⑦キャンペーン等に付随する景品発送

お問合せ用紙の記載方法についてのご質問は、ご親族様からのお電話でのお問合せも承っております。下記フリーダイヤルまでお気軽にご連絡ください。

<お電話でのお問合せ先>

チューリッヒ生命 カスタマーケアセンター フリーダイヤル:0120-236-523

(月～金):午前9時～午後9時 (土)午前9時～午後6時 (日曜・祝日を除く)

FAX専用お問合せ用紙



チューリッヒ生命 行

FAX番号 : 0120-703-216 (24時間365日受付)

- 本用紙ならびにFAX番号は、耳や言葉が不自由なお客様専用となっております。ご理解とご協力をお願いいたします。
- 別紙個人情報のお取扱いについて同意の上でFAXを送信してください。

【お客様情報記入欄】

①～⑥は必ずご記入ください(証券番号がご不明な方はご記入は不要です)。
ご契約に関する各種手続や、ご契約内容の照会については、ご契約者様ご本人様に限らせていただきます。
なお、ご住所やお名前の変更がある場合は、現在当社にご登録の、変更前の内容のご記入をお願いいたします。

①氏名		②生年月日	
③住所			
④電話番号	- -	⑤FAX番号	- -
⑥証券番号			

本人確認書類	いずれか1点の写しを本用紙と一緒に送信してください。 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> パスポート
--------	--

【お問合せ・お申出内容】 該当のお問合せ・お申出の に チェック(レ点)をお願いいたします。

<input type="checkbox"/> 保険金・給付金の請求	<1>傷病名 <2>入院期間 <3>手術 について詳細記入欄にご記入ください。
<input type="checkbox"/> 住所・連絡先変更	変更後の住所、連絡先を詳細記入欄にご記入ください。
<input type="checkbox"/> 解約	
<input type="checkbox"/> 改姓・改名	変更後の氏名 : ()
<input type="checkbox"/> 契約者変更	変更後の方の氏名、ご本人様との関係を詳細記入欄にご記入ください。
<input type="checkbox"/> 受取人・指定代理請求人変更	変更後の方の氏名、ご本人様との関係を詳細記入欄にご記入ください。
<input type="checkbox"/> 証券再発行	再発行理由 : <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 生命保険料控除証明書再発行	(20)年度分の発行希望
<input type="checkbox"/> 契約内容のご案内発行	
<input type="checkbox"/> 保障内容変更	特約の追加や削除、保険金額の変更など、変更を希望する内容を具体的に詳細記入欄にご記入ください。
<input type="checkbox"/> 更新時の保障内容変更	変更を希望する内容を具体的に詳細記入欄にご記入ください。
<input type="checkbox"/> 保険料支払方法・回数の変更	支払方法 : <input type="checkbox"/> クレジットカードを指定 <input type="checkbox"/> 振替口座を指定 支払回数 : <input type="checkbox"/> 年払に変更 <input type="checkbox"/> 月払に変更
<input type="checkbox"/> その他	具体的な内容を詳細記入欄にご記入ください。

【詳細記入欄】

--