

# 任意脱退届

被保険者本人記入欄 (加入者ご本人の署名および捺印をお願いします。)

SBIアルヒ株式会社 御中

私は、下記の脱退日をもって「就業不能信用費用保険」から脱退します。

記

〒 -

被保険者 住所

(電話番号)

電話 ( )

フリガナ

被保険者 氏名

実印

生年月日 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

脱退日 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

## (脱退に際してのご注意)

1. 一度脱退されますと再加入はできません。
2. 脱退日は今年度の保険期間満了日をご記入ください。
3. 上記の脱退日以前に他の脱退事由が発生する場合(住宅ローンの完済等)、その事由による脱退日が適用されます。
4. 脱退届の弊社到着をもって脱退となります。(電話連絡のみでの脱退は承っておりません。)
5. 特約料の口座振替後、今年度の保険期間満了日までに脱退届を受理した場合は、後日返金となります。お振込先は、現在の返済用預金口座となります。
6. 入院保障特約のみの脱退は承っておりません。
7. ご記入にあたっては、鉛筆・消せるボールペン(フリクションボールなど)は使用しないでください。

## 当社使用欄

電話受付日 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

脱退(希望)日 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

被保険者番号

0 0 [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

検印	OP担当印	受付担当印