

# (新・) 団体定期保険

## 死亡保険金受取人変更通知書

<PPI210K(210)040>

契約更新月	月
証券(事業所)番号	
6	19
2	1
	0
	0
	0
	0
	0
	0

下記の通り被保険者の申し出により、または同意を得て死亡保険金受取人を指定または変更いたしました。ご通知します。

被保険者番号		区分	被保険者氏名 (カタカナ)	被保険者 捺印	異動コード	異動期月
20	23:24	33:34	36	印	37 39 40	44
					5 7 0	

※本人 = 100、配偶者 = 200

通知日(西暦)	2	0	年	月	日
団体名					
保険契約者(団体代表者)					印
この被保険者の所属事業所名					
事業主名(雇用主)					印

◎ 次のいずれかの方法に  を入れ指定してください。

<input checked="" type="checkbox"/> 死亡保険金受取人を「指定番号」により指定する場合	指定番号
	45

指定番号	1. 配偶者 2. 子 3. 父母 4. 労働基準法施行規則第42条から第45条の順位を準用 5. 兄弟姉妹 7. 法定相続人 8. 事業主 (0. 約款順位)
------	---

※死亡保険金受取人が2名以上となる場合、死亡保険金分割割合は均等となります。

<input checked="" type="checkbox"/> 死亡保険金受取人を特に指定する場合	指定番号	死亡保険金受取人名 (カタカナ)
	45	46
	9	60

※配偶者および2親等以内の血族(子、父母、孫、祖父母、兄弟姉妹)のなかからご指定をお願いします。

以下の個人情報の取扱いについて、指定した死亡保険金受取人から同意を取得しています。(死亡保険金受取人を個人指定している場合のみ)

- ①契約者が、本帳票に記載された死亡保険金受取人の個人情報(以下、個人情報)を取扱い、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。)へ提出すること、当該保険の運営において入手する個人情報を、本保険の手続きのため使用すること。
- ②生命保険会社が、受領した個人情報を各種保険契約の引受け・継続・維持管理、保険金・給付金等の支払い、その他保険に関連・附随する業務のため利用し、また、契約者、他の生命保険会社および再保険会社に上記目的の範囲内で提供すること。
- ③今後、引受保険会社に変更された場合、契約者または生命保険会社が個人情報を変更後の引受保険会社に提供すること。

(お願い)

1. 太枠内をご記入のうえ団体名・団体代表者(事業所名・事業主)の欄に記入押印ください。なお、団体代表者印は当社にお届け済のものをご使用ください。
2. 被保険者番号は「被保険者名簿」より転記してください。

明治安田生命 使用欄	当社受領日	所管店受付印	本社受付印	処理日
	(西暦)			
	2 0 年 月 日			



# (新・) 団体定期保険

## 死亡保険金受取人変更通知書

<PPI210K(210)040>

契約更新月	月
証券(事業所)番号	
6	19
2	1
	0
	0
	0
	0
	0
	0

下記の通り被保険者の申し出により、または同意を得て死亡保険金受取人を指定または変更いたしました。ご通知します。

被保険者番号		区分	被保険者氏名 (カタカナ)	被保険者 捺印	異動コード	異動期月
20	23:24	33:34	36	印	37 39 40	44
					5 7 0	

※本人 = 100、配偶者 = 200

通知日(西暦)	2	0	年	月	日
団体名					
保険契約者(団体代表者)					印
この被保険者の所属事業所名					
事業主名(雇用主)					印

◎ 次のいずれかの方法に  を入れ指定してください。

<input checked="" type="checkbox"/> 死亡保険金受取人を「指定番号」により指定する場合	指定番号
	45

指定番号	1. 配偶者 2. 子 3. 父母 4. 労働基準法施行規則第42条から第45条の順位を準用 5. 兄弟姉妹 7. 法定相続人 8. 事業主 (0. 約款順位)
------	---

※死亡保険金受取人が2名以上となる場合、死亡保険金分割割合は均等となります。

<input checked="" type="checkbox"/> 死亡保険金受取人を特に指定する場合	指定番号	死亡保険金受取人名 (カタカナ)
	45	46
	9	60

※配偶者および2親等以内の血族(子、父母、孫、祖父母、兄弟姉妹)のなかからご指定をお願いします。

以下の個人情報の取扱いについて、指定した死亡保険金受取人から同意を取得しています。(死亡保険金受取人を個人指定している場合のみ)

- ①契約者が、本帳票に記載された死亡保険金受取人の個人情報(以下、個人情報)を取扱い、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。)へ提出すること、当該保険の運営において入手する個人情報を、本保険の手続きのため使用すること。
- ②生命保険会社が、受領した個人情報を各種保険契約の引受け・継続・維持管理、保険金・給付金等の支払い、その他保険に関連・附随する業務のため利用し、また、契約者、他の生命保険会社および再保険会社に上記目的の範囲内で提供すること。
- ③今後、引受保険会社に変更された場合、契約者または生命保険会社が個人情報を変更後の引受保険会社に提供すること。

(お願い)

1. 太枠内をご記入のうえ団体名・団体代表者(事業所名・事業主)の欄に記入押印ください。なお、団体代表者印は当社にお届け済のものをご使用ください。
2. 被保険者番号は「被保険者名簿」より転記してください。

明治安田生命 使用欄	当社受領日	所管店受付印	本社受付印	処理日
	(西暦)			
	2 0 年 月 日			