カーディフ損保　カスタマーサービスセンター　行

FAX 番号	0120-633-416

FAX 専用連絡票（耳や言葉の不自由なお客さま専用）

必要事項をご記入のうえ、FAX でお送りください。

ご契約内容の照会、各種変更・再発行手続きは、原則、ご加入者さまからのお申出に限らせていただいておりますのでご了承ください。
FAX 受領後、書面でのお手続きが必要な場合は必要書類をお送りいたします。また、ご照会につきましては FAX でご回答いたします。
なお、内容により、弊社から FAX でお問い合わせをさせていただく場合がございますのでご了承ください。

1. お客さまの情報　※全項目必須

記入日	２０　　年　　月　　日		
記入者 ※○をつけてください	加入者本人 加入者以外	※加入者以外の場合のみ、以下に☑をし、氏名・続柄をご記入ください。 □ 保険金等受取人　□ 指定代理人　□ 家族・親族　□ その他 記入者名：　　加入者との続柄：	
加入者名	（カナ）		
生年月日	年　　月　　日		
住所	〒		
電話番号		FAX 番号	

2. ご契約情報　※複数選択/記入可

お問い合わせ・お手続きを希望されるご契約に☑をし、右欄に必要事項をご記入ください。

□ 住宅ローンの保険 □ 住宅以外のローンの保険	ローンお借入先の金融機関名をご記入ください。
□ 資産運用商品に付帯の保険 （ファンドラップ、NISA、定期預金等） □ 普通預金に付帯の保険	ご加入された金融機関名をご記入ください。
□ クレジットカードに付帯の保険 □ こども保険 □ その他の保険	団体契約者名（カード会社名等）または代理店名をご記入ください。

3. お問い合わせ・お申出の内容　※複数選択/記入可

ご希望のお問い合わせ・お手続きに☑をし、内容に応じて右欄に必要事項をご記入ください。

□ 保険金・給付金請求 □ 契約内容に関する照会 □ 変更・再発行 □ その他	お問い合わせ・お手続きの具体的な内容をご記入ください。

カーディフ損害保険株式会社　カスタマーサービスセンター
〒150-0031　東京都渋谷区桜丘町 20-1　渋谷インフォスタワー
電話：0120-203-320　　FAX：0120-633-416
営業時間：月曜日～金曜日　9：00～18：00（祝日、年末年始を除く）
※営業時間外でも FAX 受信は可能です。但し、弊社の対応は翌営業日（営業時間内）となりますのでご了承ください。