

耳や言葉の不自由なお客さま専用 お問い合わせ・手続きご依頼用紙

以下にご記入いただき、ファックスにてご連絡ください。

※FAX番号は、お間違えのないよう十分ご注意ください。

送付先
FAX
番号

076-444-5451

(24時間365日受付)

弊社営業時間は、午前9時から午後5時までとなっております。
ご相談いただいた時間帯によっては、担当者からのご連絡が翌営業日以降になる場合がございますのでご了承ください。
お急ぎの場合は、「至急の連絡を希望」にチェックを入れてください。



至急の連絡を希望

AIG損害保険株式会社 行

◆ご依頼内容

<p>今回のご依頼内容を、次のいずれかから選んでチェック☑を入れてください。(必須)</p>	<p><input type="checkbox"/>①. ご契約いただいている保険契約に関する、変更や解約などの手続きのご依頼 <input type="checkbox"/>②. ご契約いただいている保険契約に関する、上記以外のご質問・ご要望など <input type="checkbox"/>③. 上記①②以外の、弊社商品・サービスに関する一般的なご質問・ご要望</p>										
<p>証券番号 (ご依頼内容が上記①②の場合は必須)</p>	<p>(例: 9876543210)</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td> </tr> </table> <p style="text-align: right;">(10桁未満の場合は左詰め)</p>										
<p>ご依頼内容 (必須) (ご依頼内容について簡潔にご記入ください。後日あらためて、担当者より詳しいご依頼内容をおうかがいし、必要な手続きをご案内いたします。)</p>	<p>(例: 住所の変更をしたい。解約したい。持ち主が変わったので名義を変えたい。)</p>										

◆ご連絡先

<p>お名前 (必須)</p>	<p>カナ (姓) <input style="width: 200px;" type="text"/> (名) <input style="width: 150px;" type="text"/></p> <p>漢字 (姓) <input style="width: 200px;" type="text"/> (名) <input style="width: 150px;" type="text"/></p>
<p>会社名 (法人契約に関するご依頼の場合、または弊社からのご連絡先に勤務先を希望される場合に、会社名をご記入ください。)</p>	<p>※株式会社等は略さずにご記入ください。例) 株式会社 永愛友商事</p>
<p>ご住所 (必須)</p>	<p>郵便番号 <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> - <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/></p> <p>都道府県 (例: 東京都) <input style="width: 150px;" type="text"/> 市区町村 (例: 千代田区丸の内) <input style="width: 150px;" type="text"/></p> <p>番地、マンション名など (例: 1-2-3 中央ハイム102号室) <input style="width: 400px;" type="text"/></p>
<p>ご連絡先 ご希望の連絡手段を、次のいずれかから選んでチェックを入れてください。(必須)</p>	<p><input type="checkbox"/> ※市外局番も必ずご記入ください。(例: 012-345-6789) FAX番号 <input style="width: 100px;" type="text"/> - <input style="width: 100px;" type="text"/> - <input style="width: 100px;" type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> ※パソコンのメールアドレスをご記入ください。携帯電話のメールは文字数等の制約があります。 メールアドレス <input style="width: 200px;" type="text"/> @ <input style="width: 50px;" type="text"/></p>