

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

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)	<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										
証券番号 (ご依頼内容が上記①②の場合は必須)	(例: 9876543210) <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> (10桁未満の場合は左詰め)										
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。)	(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。)										

◆ご連絡先

お名前 (必須)	カナ (姓) <input type="text"/> (名) <input type="text"/>
	漢字 (姓) <input type="text"/> (名) <input type="text"/>
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。)	※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
ご住所 (必須)	郵便番号 <input type="text"/> - <input type="text"/>
	都道府県 (例: 東京都) <input type="text"/> 市区町村 (例: 千代田区丸の内) <input type="text"/> 番地、マンション名など (例: 1-2-3 中央ハイム102号室) <input type="text"/>
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)	<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 type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
	<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 type="text"/> @ <input type="text"/>