団体定期保険(希望者グループ保険)

死亡保険金受取人変更通知書

第一生命保険株式会社(事務幹事会社)行

以下のとおり、被保険者の同意を得て死亡保険金の受取人を変更いたしたく 通知します。



整理番号バーコードシール貼付欄

契約者記入欄 $1 \sim 4$ 訂正ある場合はお届出印を訂正箇所すべてに押印ください。

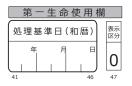
体 事 業 番 0.0.0.0.0.000 7,9,0,7,6,6 0

3

被保険者番号(右詰) 献 CD 被保険者番号は、必ず被保険 本配子区分 者名簿を確認のうえ、右詰めで、 0:本人 ご記入ください。 1:配偶者 保団体 NTT株式会社 険 名 代 表者

通知発信日 ※(和暦)

(※)本通知書が第一生命に到着した時は、契約者が本通知を発信した「通知発信日」 より、この受取人変更の効力が発生いたします(保険法適用契約の場合)。 ご契約者におかれましては、すみやかに第一生命宛ご提出ください。



処理基準日は、4 通知発信日の翌月応当日となる。 応当日とは 例 契約日が令和3年4月1日の場合 →各月の1日

被保険者記入欄

5 6

訂正する場合、訂正箇所を二重線で抹消し、余白部分に被保険者名をご署名 (フルネーム) のうえ、 正しい内容をご記入ください。

更後受取人(カタカナ) 受取割合(%) 続柄 0 0 2 0 0 122 3 0 0 4 0 0 5 0 0

- *** お願い***
- 1. 変更後受取人は今回記載された方のみとなります。
- 2. 続柄(コード)は下記参照のうえ正確にご記入ください。
- 3. 原則、受取人に第三者を指定することは出来ません。

続柄コード 01:夫 05:祖父 40:孫 70:約款順位 02:妻 06:祖母 10:こども 03:公 90:法定相続人 04:母 20:兄弟姉妹

- * 続柄コード11~19は10こどもに読み替えます。
- * 続柄コード21~34は20兄弟姉妹に読み替えます。
- *原則、受取人に第三者を指定することはできません。
- *約款順位:団体定期保険普通保険約款の定めにより、 配偶者、子、父母、祖父母、兄弟姉妹の順位とします。

< 被保険者同意確認欄 > 6 上記の保険金受取人の変更に同意します。 また変更後受取人は、既に配布済のパンフレット(等)に記載 の個人情報の取扱に同意していることを確認しております。

> 被保険者名(自署) (カタカナ) (漢字)

受取人の変更には被保険者の同意が必要です。 必ず被保険者が自署願います。

第一生命使用欄

 $K_13_10/0_10_17_14_10_1$

<連絡欄>

団体保障事業部 点検 入力後点検 入力

団体保障事業部





団保[登] 05963-03 2021.1 保存期間10年 (改) 本