

FAXお問い合わせのご案内

1. 送信先: プルデンシャル生命保険株式会社

FAX番号: **0120-934-350**

※営業時間: 平日 9:00~17:30 / 土曜 9:00~17:00(日・祝・年末年始を除く)
※FAX番号のお間違いにご注意ください。

- ご契約者さまの本人確認書類(運転免許証・健康保険証・パスポートのいずれか1点)もあわせて送信してください。
※本人確認書類は、氏名・生年月日・現住所の記載がある有効期限内のものに限ります。
※健康保険証は、記号・番号・保険者番号部分はマスキング(塗りつぶし)してください。
- FAX専用お問い合わせ用紙と本人確認書類到着後、お手続きに必要な書類(各種請求書類・申込書類)をご登録の住所へお送りします。
- 当用紙、ならびに上記FAX番号は、耳や言葉が不自由なお客さまの専用用紙・専用窓口となっております。ご理解とご協力をお願いします。
- ご契約者さま以外からのお問い合わせや「FAX専用お問い合わせ用紙」にある記入必須項目のご記入もれ・不備がある場合には、お答えいたしかねる場合があります。
- プライバシー保護の観点から、FAXでの回答はいたしておりません。
弊社にご登録いただいているご契約者さまの住所宛に文書で回答させていただきます。
- 問い合わせ内容によっては、回答にお時間をいただくこともございます。

【個人情報の取扱いについて】

●個人情報の利用目的について【明示事項】

当社は、本取扱いに関して取得する個人情報について次の目的の範囲内で利用させていただきます。

- 各種保険契約のお引受け、ご継続・維持管理、保険金・給付金などのお支払い
- 関連会社・提携会社を含む各種商品・サービスのご案内・提供、ご契約の維持管理
- 当社業務に関する情報提供・運営管理、商品・サービスの充実
- その他保険に関連・付随する業務

●機微(センシティブ)情報の取扱いについて【同意事項】

当社は生命保険事業の適切な業務運営を確保する必要性から業務遂行上必要な範囲で、戸籍謄本などの本人確認書類に含まれる機微(センシティブ)情報を取得、利用することがあります。

※機微(センシティブ)情報は、要配慮個人情報を含みます。
※詳細は、当社ホームページ「個人情報保護方針」をご確認ください。

FAX専用お問い合わせ用紙

0120-934-350

※FAX番号のお間違いにご注意ください。

送付先：プルデンシャル生命保険株式会社 カスタマーサービスセンター

※本人確認書類(運転免許証・健康保険証・パスポートのいずれか1点)もあわせて送信してください。

【1】ご契約者さま情報記入欄(全項目必須)

※個人情報保護、および約款規定によりご契約に関する各種手続きや、照会の請求権利者は、契約者ご本人さまに限らせていただきます。

お問い合わせ日			年	月	日
フリガナ					
契約者氏名					
FAXお問い合わせのご案内に記載の【個人情報の取扱いについて】の内容を確認し、機微(センシティブ)情報の取扱いについて同意します。					
生年月日	大正・昭和・平成・令和	年	月	日	
登録住所	(〒 -)	都府	道県	市区町	村
登録電話番号	-	-			

【2】お問い合わせ内容(全項目必須)

証券番号 (※注1)	①		③	
	②		④	
お問い合わせ種別 (※注2)	<input type="checkbox"/>	手続きの請求		
	<input type="checkbox"/>	契約内容に関する照会		
	<input type="checkbox"/>	その他()		
お問い合わせ内容 (具体的な内容を記入ください)				

(※注1) 複数契約に関する手続きや、ご照会を希望される場合には、対象契約の証券番号を全てご記入願います。

(※注2) 希望される内容の口(レ)にチェック(レ)をご記入願います。

【3】本人確認書類 (氏名・生年月日・現住所の記載のある有効期限内のもの)

本人確認書類 (※注3)	<input type="checkbox"/>	運転免許証
	<input type="checkbox"/>	健康保険証※記号・番号・保険者番号部分はマスキング(塗りつぶし)してください。
	<input type="checkbox"/>	パスポート(日本国発行に限る)

(※注3) いずれか1点、送信いただくご契約者さまの本人確認書類の口(レ)にチェック(レ)をご記入願います。