

クレジットカード情報届

ご提出頂いた書類をお返しすることはできません。当社規定に基づき厳密に管理いたしますのでご了承ください。

記入日	年	月	日
-----	---	---	---

契約者自署

1 クレジットカード支払申込書

私は、保険契約者がサービス代行業者から請求されたプラス少額短期保険株式会社に支払うべき保険料を、私名義のクレジットカードで支払うことに、下記条項を確認の上同意します。

クレジットカード名義人	保険契約者名義のクレジットカードをご指定ください。															
クレジットカード番号																
カード有効期限	/															

取扱いカードブランド

・VISA ・Master ・JCB

・AMEX ・Diners

○ 私は、保険契約者がサービス代行業者から請求されたプラス少額短期保険株式会社に支払うべき保険料を、上記の私名義のクレジットカードで支払うこととしたいので、以下の条項を確認の上同意します。

- 保険料クレジットカード支払規定
- 1. 私は、私が指定するクレジットカード（以下、指定カードといいます。）で、指定カード発行会社の会員規約に基づき保険料を支払います。
 - 2. 私がプラス少額短期保険株式会社に申出ない限り、保険期間中は継続して保険料を指定カードにより支払います。
 - 3. カード紛失などにより会員番号・有効期限が変更となった場合や、会員資格を喪失した場合は、私はプラス少額短期保険株式会社に對し、速やかにその旨を連絡します。
 - 4. カード紛失や変更等で会員番号・有効期限が変更となった場合に、私の事前の了承なしに、指定カード発行会社がプラス少額短期保険株式会社にその旨を通知しても異議はありません。
 - 5. 指定カード発行会社により、私がプラス少額短期保険株式会社に届け出た会員番号・有効期限が更新された場合であっても、保険料を異議なく支払います。
 - 6. 指定カード発行会社の権限で、指定カードによる保険料の支払い契約を解除されても異議はありません。

【募集代理店担当者様】お客様への交付時にご記入ください。

代理店名称	
募集人名	