

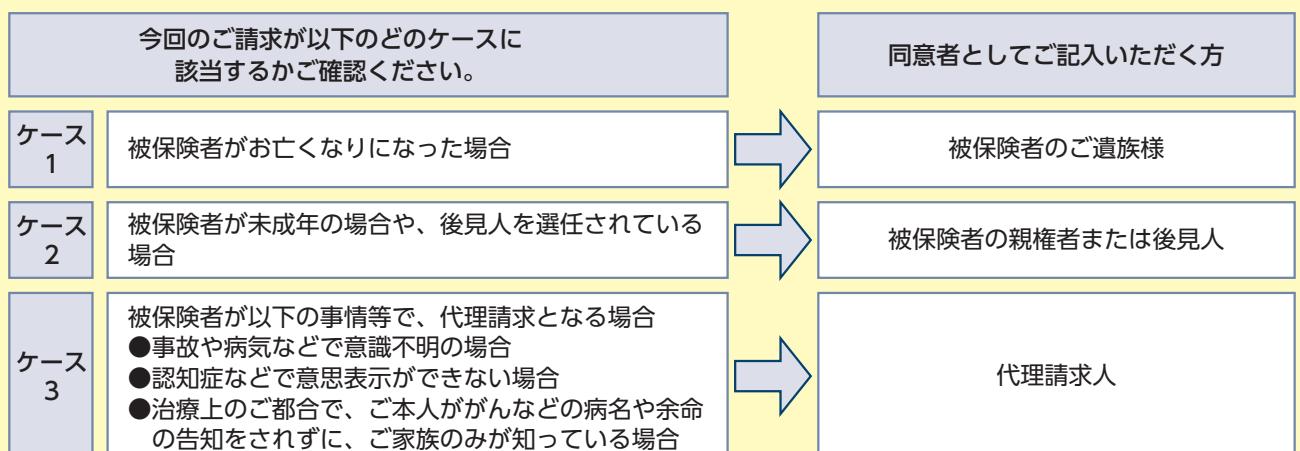
「同意書」記入例

本同意書は同意者がご記入ください。同意者となる方は下の  をご確認ください。

 同意者としてご記入いただく方を必ずご確認ください。

同意者は、原則ご病気やおケガをされた方(被保険者)です。

ただし、以下のケースに該当する場合は、ご病気やおケガをされた方(被保険者)以外の方となりますので、ご注意ください。



1 同意書の記入日

本同意書をご記入いただいた日付をご記入ください。

2 被保険者の氏名・生年月日

今回ご病気やおケガをされた方、お亡くなりになった方のお名前と生年月日をご記入ください。

3 同意者の住所・署名

同意者の住所、電話番号、お名前、被保険者との続柄をご記入ください。

同 意 書
(個人情報の取扱い・事実の確認等について)

私は、本「同意書」に記載の説明事項を確認し、裏面に記載の SOMPOひまわり生命保険株式会社(以下「SOMPOひまわり生命」といいます。)の保険契約に関する個人情報の取扱いおよび以下に記載の各事項について同意します。

※旧日本興亜生命保険株式会社契約は、「生命保険契約付保に関する規定」または「被保険者同意確認書」に読み替えます。

1 同意書の記入日

2019年 10月 1日

2 被保険者の氏名・生年月日

被保険者名 (患者名)	ひまわり 太郎 様	生年月日	1970年 6月 7日生
----------------	-----------	------	--------------

3 同意者(※)の住所・署名

住所	東京都新宿区西新宿X-X-X	電話番号	03 (9999) 9999
氏名*	ひまわり 太郎 様	被保険者との続柄	(本人)(配偶者)(父)(母)(子) (その他)

※原則、被保険者ご本人様がご記入ください。被保険者が未成年の場合や、亡くなられている場合などでご本人様が記入できない
ケースの記入方法については、左面の「記入例」をご確認ください。

訂正方法

修正箇所を二重線で消し、余白に修正後の内容をご記入ください。

被保険者名 (患者名)	ひまわり 太郎 様	生年月日	1970年 6月 7日生
----------------	-----------	------	--------------

切り離してご返却ください。

同 意 書

(個人情報の取扱い・事実の確認等について)

私は、本「同意書」に記載の説明事項を確認し、裏面に記載の SOMPOひまわり生命保険株式会社(以下「SOMPOひまわり生命」といいます。)の保険契約に関する個人情報の取扱いおよび以下に記載の各事項について同意します。

(事実の確認について)

保険契約の存続および保険金や給付金などの支払可否の検討に必要な事実の確認の目的で、以下に記載する各関連医療機関のそれぞれの医師や担当者の方が、本書の提示により、SOMPOひまわり生命の職員または同社が委託した者(以下「SOMPOひまわり生命担当者」といいます。)に対し、以下に記載する各情報の開示等をすることに同意します。また、SOMPOひまわり生命担当者が、医師や医療機関に傷病内容、保険契約の内容(責任開始日、告知日、告知内容など)および事故状況などを開示することについても同意します。なお、上記の使用目的のために作成された本書の複写も、本書と同じ効力があるものとします。

医師、医療機関のご担当者様におかれましては、SOMPOひまわり生命担当者の求めに応じ、説明、証明書(診断書)の発行などにご協力くださいようお願いいたします。

【関連医療機関】

①SOMPOひまわり生命に提出した診断書、報告書、領収証などの発行医療機関

②上記診断書などに記載された前医、紹介医

③下記被保険者からの聴取により判明した受診先医療機関

④判明している受診先医療機関に確認を行った結果判明した別の受診先医療機関

【開示等の内容およびその対象となる情報】

①下記被保険者に関する、傷病内容(傷病名・症状・治療内容・検査結果・入通院歴・既往傷病など)、飲酒数値(血中アルコール濃度・呼気アルコール濃度)や定期健康診断、あるいは事故状況についての説明

②カルテ・問診表・検査記録・治療費用などの診療に関する記録を開示・提供すること

(保険金・給付金などの受取人が法人の場合)

下記被保険者加入の保険契約の保険金・給付金などの受取人が法人の場合には、当該法人が弔慰金規程など(あるいは契約時に取り交わした「生命保険付保に関する同意書」または「契約者告知書および被保険者同意確認書」※)に従い、保険金・給付金などを福利厚生目的で使用するために受け取ることに同意します(下記被保険者が当該法人の役員である場合には、福利厚生目的での使用に限らず当該法人が保険金・給付金などを受け取ることに同意します)。

※旧日本興亜生命保険株式会社契約は、「生命保険契約付保に関する規定」または「被保険者同意確認書」に読み替えます。

1 同意書の記入日

年 月 日

2 被保険者の氏名・生年月日

被保険者名 (患者名)	様	生年月日	年 月 日生
----------------	---	------	--------

3 同意者(※)の住所・署名

住所	電話番号	()	
氏名*	様	被保険者との続柄	(本人)(配偶者)(父)(母)(子) (その他)

※原則、被保険者ご本人様がご記入ください。被保険者が未成年の場合や、亡くなられている場合などでご本人様が記入できない
ケースの記入方法については、左面の「記入例」をご確認ください。

(20020165) 803371-2400

5020610

個人情報のお取扱いについて

【個人情報の取扱いに関する事項】

当社は、本契約に関する個人情報を次の目的のために業務上必要な範囲で利用します。

- ①各種保険契約のお引き受け・ご継続・維持管理、保険金・給付金等のお支払い、本人確認
- ②再保険契約の締結、再保険金の請求
- ③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
- ④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
- ⑤その他保険に関連・付随する業務等

【個人情報の第三者への開示】

当社は、次の場合に本契約に関する個人情報を第三者に提供します。

- ①医療機関などの関係先(医師・面接士・契約確認会社等)に業務上必要な照会を行う場合
- ②再保険契約の締結や再保険金の受領等のために、再保険会社に必要な個人情報を提供する場合
(再保険会社が別の再保険会社へ情報を提供する場合も含みます)
- ③法令に基づく場合
- ④当社の業務遂行上必要な範囲で、募集代理店を含む委託先に提供する場合
- ⑤当社のグループ会社との間で共同利用を行う場合
- ⑥契約内容登録制度、契約内容照会制度および支払査定時照会制度に基づき、他の生命保険会社、共済、(一社)生命保険協会との間において共同利用を行う場合

【契約内容登録制度・契約内容照会制度】

当社は、生命保険制度が健全に運営され、各種保険金・年金・給付金等のお支払いが正しく確実に行われるよう、「医療保障保険契約内容登録制度」「契約内容登録制度」に基づき、(一社)生命保険協会においてこれらの保険金・年金・給付金等のある保険契約および特約についての登録を実施し、生命保険会社との間で、個人データを共同利用します。平成14年4月以降の登録内容から、各生命保険会社および全国共済農業協同組合連合会は「契約内容照会制度」に基づき相互に照会しております。

【支払査定時照会制度】

保険金等の請求があった場合や、これらに係る保険事故等が発生したと判断される場合に、(一社)生命保険協会加盟の各生命保険会社、全国共済農業協同組合連合会、全国労働者共済生活協同組合連合会および日本コープ共済生活協同組合連合会(以下「各生命保険会社等」)が、当社を含む各生命保険会社等に対し、「支払査定時照会制度」に基づき、(一社)生命保険協会を通じ、各生命保険会社等が保有する保険契約等に関する(1)被保険者の氏名、生年月日、性別、住所(2)保険事故発生日、死亡日、入院日・退院日、対象となる保険事故(照会を受けた日から5年以内)(3)保険種類、契約日、復活日、消滅日、保険契約者の氏名および被保険者との続柄、死亡保険金等受取人の氏名および被保険者との続柄、死亡保険金額、給付金額、各特約内容、保険料および払込方法等の全部または一部を照会した場合には、各生命保険会社等がそれらの照会に応じて情報を提供したり、これらの情報は各生命保険会社等による保険金等の支払等の判断の参考にすることがあります。

【機微(センシティブ)情報の取扱い】

当社は、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保健医療などの機微(センシティブ)情報を取得・利用または第三者に提供することができます。保健医療などの機微(センシティブ)情報については、保険業法施行規則等により、利用目的が限定されています。

※当社の個人情報の取扱いに関する詳細は、当社ホームページをご確認ください。