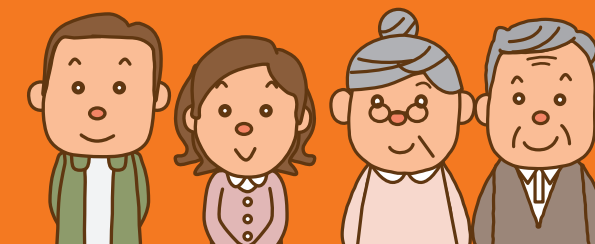


「ご家族連絡先登録制度」のご案内



「ご家族連絡先登録制度」は、ご契約者様に代わって、あらかじめ登録されたご家族が契約内容のお問い合わせやお手続き書類の取り寄せができる制度です。

- 本制度の登録にはお手続きが必要です。
 - 登録をご希望の場合は、次ページの制度規約をご確認いただき、添付の「ご連絡先回答シート」に必要事項を記入のうえ、ご返送ください。
- ※登録を希望されない場合は返送不要です。

登録家族ができること

▶ 契約内容のお問い合わせ

父が病気で入院しました。
保障はありますか？

はい、ございます。
入院1日につき、
10,000円の保障に
ご加入いただいています。



ご家族



当社

▶ 各種手続き書類の取り寄せ

父が病気で入院しました。
請求にあたり、
書類を送ってもらえますか？

かしこまりました。
すぐにお手続き書類を
お送りいたします。



ご家族



当社

▶ ご契約者様と連絡が取れないとき

当社からお送りするご案内などが届かなかった場合や、災害などの発生によって契約者様との連絡が困難となった場合に、登録家族に連絡をします。

災害発生後、お父さまと
連絡がつきません。
ご無事でしょうか？

父は母の実家に避難して
いますが、無事です。



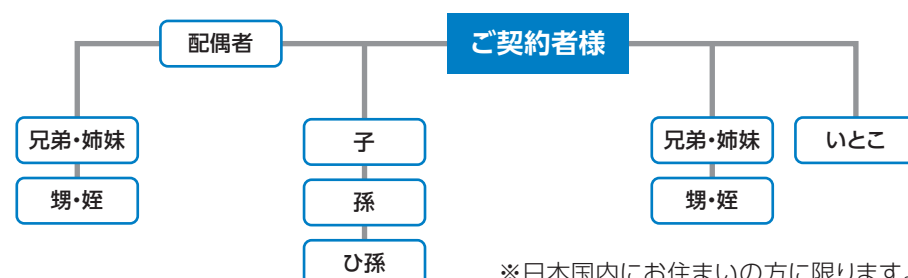
当社



ご家族

■ ご登録いただけるご家族の範囲

指定できるご家族の範囲・人数は、契約者の戸籍上の配偶者または4親等以内の血族・姻族2名までです。



※日本国内にお住まいの方に限ります。



ご家族連絡先登録制度のお問い合わせ

▶ ご家族連絡先ご登録窓口

☎ 0120-787-161

受付時間 月～金 9:00～17:00
(土曜日、日曜日、祝日および12月31日～1月3日は除きます)

▶ 左記以外のお手続き・お問い合わせ (カスタマーセンター)

☎ 0120-563-506

受付時間 月～金 9:00～18:00 / 土 9:00～17:00
(日曜日、祝日および12月31日～1月3日は除きます)

ご家族連絡先登録制度規約

第1条(目的)

本規約は、本制度の利用者とSOMPOひまわり生命保険株式会社(以下「当社」といいます)との間の、ご家族連絡先登録制度(以下「本制度」といいます)に関する取扱いを定めることを目的とします。

第2条(利用範囲)

次のいずれかに該当するとき、当社は、登録いただいたご家族(以下「登録家族」といいます)を契約者の代理人として、本制度の対象となる契約(以下「対象契約」といいます)の内容を開示します。

- (1) 登録家族から対象契約の内容に関する照会が当社にあり、契約者の権利行使を補助するために必要な場合。
 - (2) 当社からお送りするさまざまなご案内等が届かなかった場合。
 - (3) 契約者との連絡が困難となった場合。
 - (4) 対象契約の各種手続き等に関して当社から契約者への連絡が必要な場合で、契約者への連絡がつかない場合、もしくは契約者の傷病等により手続きの補助が必要な場合。
- 2 当社は、登録家族から、契約者に代わって各種請求書類等の送付依頼があった場合、当社の定める範囲で受け付けます。
- 3 当社は、登録家族に対して、当社から契約者に送付する書類等を送付することがあります。

第3条(対象契約)

本制度の対象契約は、以下のとおりとします。

- (1) 当社所定の届出書または当社インターネットホームページ等からの所定の電子手続きで特定いただいた保険契約

(2) (1)の契約と契約者を同一とする保険契約
なお、契約者を同一とする複数の契約について、いずれかの契約の登録家族から情報開示の依頼があった場合、すべての保険契約について開示を行い、登録家族によって開示の範囲を異にすることはできません。

第4条(登録家族の範囲)

本制度に登録いただけのご家族は、以下のいずれかに該当する方とします。

- (1) 契約者の戸籍上の配偶者
- (2) 契約者の4親等以内の血族・姻族
- (3) その他当社が認めた方

第5条(登録家族への情報開示の範囲)

当社から登録家族への情報開示は以下の範囲で行います。なお、原則として、対象契約の被保険者の機微情報(傷病名・手術名・医療機関名等)は被保険者の同意がない限り開示しません。

- (1) 対象契約の特定に必要な項目
- (2) 対象契約の内容に関する項目
- (3) その他当社が必要と認めた項目

第6条(登録)

契約者は、本制度にご家族を登録する場合、登録するご家族に同意を得たうえで、当社所定の届出書または当社インターネットホームページ等からの所定の電子手続きで登録を行っていただきます。

第7条(登録情報の変更)

契約者は、登録家族の情報に変更があった場合は、登録家族の同意を得たうえで、直ちに当社に届出ください。

- 2 登録家族は、自身の登録情報に変更があった場合に限り、契約者に代わって登録情報の変更をすることができます。

第8条(登録家族の変更)

契約者は、第4条の範囲内で、新たに登録するご家族に同意を得たうえで、登録家族を変更することができます。変更の必要があるときは、当社に届出することを要します。

第9条(登録家族の削除)

契約者は、登録家族の削除を行うことができます。削除の必要があるときは、当社に届出することを要します。

- 2 登録家族は、自身の登録情報に限り、契約者に代わって登録情報の削除をすることができます。

第10条(サービスの提供)

変更・削除の申し出がない限り、当社は登録家族に本制度のサービスを提供します。そのために生じた契約者および登録家族にかかる損害については、当社は責任を負いません。

第11条(サービスの終了)

次のいずれかの事由に該当した場合には、事前に通知することなく本制度は終了します。

- (1) 第9条により、登録家族の情報がすべて削除されたとき
- (2) 対象契約が消滅したとき
- (3) 対象契約の契約者が変更されたとき
- (4) 対象契約の契約者が死亡したとき
- (5) 契約者または登録家族が反社会的勢力に該当すると認められるとき、またはこれらの反社会的勢力と社会的に非難されるべき関係を有していると認められるとき
- (6) 登録家族に不都合があると当社が判断したとき

第12条(個人情報の利用)

当社は「個人情報のお取扱について」にもとづき、登録家族の情報を利用します。

- 2 当社は、登録家族の情報を対象契約の取扱代理店に開示することがあります。

第13条(制度の改定、廃止)

本制度が改定(廃止を含みます)された場合には、当社は、改定内容および改定日について、当社のインターネットホームページ等への掲示または契約者への通知を行います。この場合、改定日以降は改定後の規約を適用し、廃止日以降、本制度は終了します。本制度の改定または廃止により利用者または第三者に生じた損害について、当社は責任を負いません。

第14条(その他)

本規約に特段の定めがない事項について、普通保険約款、特則・特約条項の規定を適用します。

個人情報のお取扱について

【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 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
- ③ 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
- ④ 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 法令に基づく場合等、個人情報保護法第23条第1項に掲げる場合
- ② 当社の業務遂行上必要な範囲内で、保険代理店を含む委託先に提供する場合
- ③ グループ会社・提携企業との間で共同利用を行う場合

※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。

ひまわり生命 個人情報

検索

ご連絡先回答シート

時点の情報を表示しています。
※ご家族の連絡先は届出いただいた最新の情報を表示しています。

現在のご登録情報に変更がある場合・ご家族連絡先登録制度に登録を希望する場合は、必要事項を記入のうえ、ご返送ください。
以下の証券番号のご契約について表示しています。※7件以上ご契約がある場合は、別封筒でお送りします。お手数ですがそれぞれご記入・ご返送ください。

--	--	--

ご契約者名

--

現在のご登録情報

ご本人様の情報

1 契約者ご本人様の住所・電話番号に間違いがないかご確認ください。
変更がある場合は右の「新住所」「新電話番号」欄にご記入ください。

住所	
電話番号①	
電話番号②	

変更後のご登録内容

〒 - (都道府県) (市区郡)

新住所

① 転居済 ② 転居予定(転居予定日：西暦 年 月 日)
※日付までご記入ください。未定の場合は決定後にご記入・ご返送ください。

新電話番号① ※契約者ご本人様の電話番号に限りです。 (都道府県) (市区郡) - -

新電話番号② ※契約者ご本人様の電話番号に限りです。 (都道府県) (市区郡) - -

変更後のご登録内容

ご家族の連絡先①

フリガナ

お名前 様 性別 ① 男性 ② 女性

生年月日 (大正) (昭和) (平成) 年 月 日 ご契約者様からみた続柄 ① 配偶者 ② 子 ③ 孫 ④ 兄弟・姉妹 ⑤ おい・めい ⑥ その他

住所 〒 - (都道府県) (市区郡)

電話番号① (都道府県) (市区郡) - - 電話番号②(任意) (都道府県) (市区郡) - -

ご家族の連絡先②

フリガナ

お名前 様 性別 ① 男性 ② 女性

生年月日 (大正) (昭和) (平成) 年 月 日 ご契約者様からみた続柄 ① 配偶者 ② 子 ③ 孫 ④ 兄弟・姉妹 ⑤ おい・めい ⑥ その他

住所 〒 - (都道府県) (市区郡)

電話番号① (都道府県) (市区郡) - - 電話番号②(任意) (都道府県) (市区郡) - -

署名 記入日 年 月 日 ご署名 様

別紙「ご家族連絡先登録制度規約」をご確認のうえ、上記の者を「登録家族」として登録することを、被保険者・登録家族本人とともに同意します。

お問い合わせは… ご家族連絡先ご登録窓口まで

受付時間

0120-787-161

月～金 9:00～17:00
(土曜日、日曜日、祝日および12月31日～1月3日は除きます)