

必ずご提出ください

保險金・給付金等請求書

SOMPOひまわり生命保険株式会社 宛

- 貴社保険約款の規定により下記契約に基づき、裏面「個人情報のお取扱いについて」の内容に同意の上、保険金・給付金等を請求します。
なお、下記被保険者と請求者が異なる場合、個人情報の取扱いについて被保険者の同意を得て請求しています。
 - 下記口座への送金完了をもって本請求への支払金を受領したものと認めます。
本件について、受取人（請求権者）が全責任を負い、貴社に対して一切迷惑をかけません。
 - 本請求の支払金は受取人（相続人を含む）全員から請求し受領すべきですが、受取人が複数である場合も代表者である私に支払ってください。
本件について、後日利害関係者から異議申し立てがあった場合、私が全責任を負い貴社に対して一切迷惑をかけません。
 - 本請求の被保険者が主たる被保険者の子の場合、子は当該契約の被保険者となることに同意しています。

本請求書は、受取人(請求権者)様がご記入ください。※親権者・後見人は代筆可能です。

記入日	年	月	日				
<ul style="list-style-type: none"> SOMPO ひまわり生命 旧損保ジャパン 日本興亜 ひまわり生命 旧 NKSJ ひまわり生命 旧損保ジャパン ひまわり生命 のご契約 							
保険証券 番号				-			
				-			
				-			
				-			
保険証券 番号					-		
					-		
					-		
					-		
支払明細書等 送付先	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	フリガナ	
						都・道 府・県	
希望連絡先	電話番号	()	日中連絡先(携帯番号)	()	
受取人 (請求権者) 氏名	フリガナ (自署) 様						
生年月日・性別	昭和	平成	令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
被保険者からみた続柄	本人	配偶者	親	子	法人	その他	()
受取人(請求権者)が未成年の場合や後見人が選任されている場合は、下記の欄にもご記入ください。							
親権者・後見人 氏名	フリガナ (自署) 様						
受取人からみた続柄	配偶者	父	母	子	その他	()	

印

• 印鑑証明書コピー
 一のご提出が必要な場合は実印
 をご押印ください。
 • 印鑑証明書コピー
 一のご提出が必ず
 要で、受取人(請求
 権者)が法人の
 場合は、法人印
 をご押印ください。
 • 上記以外はご捺
 印は不要です。

保険金・給付金などのお受取口座をご指定ください。
必ず、受取人(請求権者)名義の口座をご指定ください。

お受取 レをして ご記入く ださいに	<input type="checkbox"/> ゆうちょ銀行 以外	口座名義 カタカナでご記入ください											
			金融機関名 フリガナ <input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信託銀行 <input type="checkbox"/> 信用組合 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 労働金庫					支店名 フリガナ <input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所					
				金融機関コード									
				口座種類 (普通(総合)) <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/>					支店コード				
<input type="checkbox"/> ゆうちょ銀行(※)		通帳記号 1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>		通帳番号 (右づめ) 1									

*ゆうちょ銀行の口座を指定される場合は、通帳の表紙裏面に印字されている「記号」「番号」をご記入ください。

必ず右面もご確認のうえ、該当する場合は、ご記入ください。

1. 今回のご請求についてご記入ください。

```

graph TD
    A[請求内容] --> B[保険金・年金]
    A --> C[給付金]
    A --> D[その他]
    B --> E[死亡保険金  
高度障害保険金 等]
    C --> F[入院給付金  
手術給付金  
先進医療給付金 等]
    D --> G[保険料払込免除 等]
    E --> H[①年金受取  
②一括受取  
③一部一括受取]
    F --> I[①全額  
②指定]
    G --> J[ご契約は消滅します。]
    
```

請求内容

- 保険金・年金
 - 死亡保険金
高度障害保険金 等
- 給付金
 - 入院給付金
手術給付金
先進医療給付金 等
- その他
 - 保険料払込免除 等

↓

• 収入保障保険・特約
• 連生収入保障保険
• こども保険(養育年金)
• メンタル疾患保障付
七大疾病保障特約
• 総合生活障害保障特約
• 定期保険(年金支払特約付)
によるご請求の場合のみ、
受取方法をご選択ください。

いずれかを選択してください。

① 年金受取
② 一括受取
③ 一部一括受取

万円

• リビングニーズ特約
• 介護前払特約
によるご請求の場合
のみ金額をご指定く
ださい。
※3000万円限度

いずれかを選択してください。

①全額
②指定

ご契約は
消滅します。

2. おケガや不慮の事故を原因としたご請求の場合、受傷された時の状況などをご記入ください。

受傷の日時	年 月 日 <input type="radio"/> 午前 <input type="radio"/> 午後 時 分
受傷の場所 (住所など)	
受傷の 原因・状況 (詳細にご記入ください)	
事故の場合 ※全項目ご記入ください	<input type="checkbox"/> 運転中 <input type="checkbox"/> 同乗中 <input type="checkbox"/> 歩行中 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 飲酒 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 警察への届出 <input type="checkbox"/> 届出警察署名 <input type="checkbox"/> 署
自動車・バイクを 運転中の場合 ※全項目ご記入ください	<input type="checkbox"/> 免許証番号 <input type="checkbox"/> 免許証種別 <input type="checkbox"/> 免許証有効期限 年 月 日

----- 取扱者：会社使用

請求申し出受付番号

取扱者受付日欄	
受付日	取扱者名(自署)
年 月 日	
【注意】お客様に請求書を渡した日付ではなく、受領した日付を必ずご記入ください。	

営業店使用欄		本社使用欄	
営業店受付日	営業店発送日	本社到着日	本社書類完備日

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(※)

※お客さまの属性情報、取引履歴やウェブサイトの閲覧履歴等の情報を分析して、お客さまのニーズにあつた各種商品・サービスに関する広告等の配信等をすることを含みます。

【第三者への提供および第三者からの取得】

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を行い、またはこれらの者から提供を受けることがあります。なお、これらの者には外国にある事業者等を含みます。

- 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、国内外の再保険会社に必要な個人情報を提供する場合（再保険会社が国内外の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当社の国内外のグループ会社・提携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
- ※ご提出いただいた診断書等の書類について、国内の委託先を通じて外国企業等に翻訳業務を委託することがあります。

【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。

【センシティブ情報の取扱い】

当社は、保健医療等のセンシティブ情報（要配慮個人情報を含みます。）の利用目的は、法令等に従い、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定します。

当社の個人情報の取扱いに関する詳細（国外在住者の個人情報を含みます。）、外国にある事業者等への個人情報の提供、グループ会社等については、当社公式ウェブサイト（<https://www.himawari-life.co.jp/>）をご覧ください。