

【新型コロナウイルス感染症】治療状況報告書 (お客さまご記入用)

5042100

SOMPOひまわり生命保険株式会社宛

■記入事項に相違はありません。

■貴社の【個人情報の取扱いに関する事項】、【第三者への提供および第三者からの取得】、【センシティブ情報の取扱い】について確認し、被保険者とともに同意します。

【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その他保険に関する付随する業務等(※)※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った各種商品・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できます。

【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。

■法人が受取人(請求権者)の場合、病院等に照会または事実確認することについて、被保険者から同意を得ています。

記入日	年 月 日
受取人 (請求権者 または 親権者・後見人)	必ずお名前をご記入ください。 (自署) 様
被保険者	必ずお名前をご記入ください。 様
傷病名	新型コロナウイルス感染症

※親権者・後見人の請求の場合は、請求書をご記入
いただいた親権者・後見人がご記入ください。

陽性判明日 「PCR検査等による陽性判明日」 「医師による陽性診断日※」	年 月 日
--	-------

※「医師による陽性診断日」にはみなし陽性など医療機関でのPCR検査等がなくても臨床症状により診断される場合も含みます。

療養終了日 「保健所・自治体が療養指示を解除した日」 「ホテル療養終了日」 「医療機関からの退院日」等	年 月 日
--	-------

医療機関での入院をされた場合に、ご記入ください。

入院 ※自宅療養・ホテル療養期間は含みません。	※医療機関での入院がない場合は記入不要です。											
	第1回	年	月	日	～	年	月	日	年	月	日	年
	第2回	年	月	日	～	年	月	日	年	月	日	年

通院特約の保障がある場合に、ご記入ください。

通院	カレンダーに「年月」をご記入のうえ、通院日に○印をご記入ください。																																		
	年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	日
	年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	日
	年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	日