

## 関係各位

私は、チューリッヒ保険会社、あるいはチューリッヒ保険会社が委託する者が、保険金支払手続きのために、関係各位に必要な情報を照会し回答を得ること、および各種資料(写しも含む)を受領すること、ならびに医療機関からの診断書・診療報酬明細書・各種検査所見等を受領することに同意します。

なお、本書の写しも本書と同一の効力を有するものと認めます。

また、チューリッヒ保険会社が定める以下の「個人情報の取扱いに関する事項」について同意します。

### 個人情報の取扱いに関する事項

当社では、次の場合を除き、本同意書に基づき取得したお客様の情報を、ご本人の同意なく第三者に提供することはありません。

- ① 当社が、保険事故の関係者(保険事故の当事者、損害保険会社・共済団体、不動産会社、修理業者、医療機関等)、業務委託先(代理店、損害調査会社等)、警察署、消防署、自動車安全運転センター、裁判所、その他必要な関係先に対して個人情報を提供する場合
- ② 当社が、保険制度の健全な運営および保険金の適正な支払いのために(一社)日本損害保険協会および保険会社等の中で情報交換を実施する場合
- ③ 次に掲げる会社との間で、保険金の支払いに必要な範囲内で、個人情報を提供する場合  
共同保険契約の引受保険会社  
再保険の引受保険会社(当該再保険引受会社から出再された以降の他の再保険引受会社などを含みます)
- ④ 法令により必要と判断される場合
- ⑤ 当社が、他の保険契約等との重複において負担部分を超える額を求償するために、必要な情報(契約の内容、支払保険金等に関する情報等)を他の保険契約等の損害保険会社・共済等へ提供する場合

保健医療等の機微(センシティブ)情報の取得、利用および第三者提供は、保険業法施行規則に従い、適切な業務運営の確保その他必要と認められる範囲に限定します。

※被保険者本人が、①をご記入ください。

※被保険者と同意者が異なる場合は、①および②をご記入ください。

記入日 年 月 日

①	事故日(おケガされた日) <small>※病気の場合は記入不要</small>	年	月	日
	住所			
	被保険者	(印)		
	生年月日	年	月	日

### 同意者

②	(死亡のため・治療中のため・その他( )の理由により、 被保険者本人に代わり私が同意しました。
	住所:
	氏名:
	被保険者との関係【配偶者・親権者・法定相続人・その他( )】

# 同意書についての説明

この同意書は、保険金をお支払いするために、当社から医療機関などに対し必要な範囲で治療の経過などを確認する際に必要となる書類です。なお、事実の確認については、当社が直接実施する場合と当社が委託した専門の調査会社にて実施する場合があります。その際にはお客さまにご連絡を差し上げます。  
適切な保険金をお支払いするために、同意書の記入と事実確認にご協力をお願いします。

以下の記入例を参照し、ご記入ください。

## 記入例

矢印で指摘している点は、特にご注意ください。

- ①の欄は、被保険者ご本人がご記入ください。
- 被保険者本人がご記入できない場合は、①に被保険者氏名などを、②に同意者氏名などを、同意者ご本人が①と②いずれもご記入ください。

※被保険者本人が、①をご記入ください。  
※被保険者と同意者が異なる場合は、①および②をご記入ください。

記入日 2020年 9月 1日

同意書を記載した日をご記入ください。

①	事故日(おケガされた日) <small>※病気の場合は記入不要</small>	2020年 8月 1日
	住所	東京都 中野区 東中野 3丁目14-20
	被保険者	中野 太郎
	生年月日	1975年 7月 7日

必ずご捺印ください。  
※被保険者本人が死亡されている場合は捺印不要です。

同意者

②	(死亡のため) 治療中のため・その他 ( )の理由により、 被保険者本人に代わり私が同意しました。	
	住所: 東京都 中野区 東中野 3丁目14-20	
	氏名: 中野 花子	
	被保険者との関係(配偶者) 親権者・法定相続人・その他 ( )	

被保険者本人が同意できない理由を、ご記入ください。  
・死亡、治療中に該当する場合は○で囲む。  
・その他の場合は、( )に理由を記入。

被保険者との関係をご記入ください。  
・選択できる場合は、○で囲む。  
・その他の場合は、( )に記入。

必ずご捺印ください。

110004021 CLP161216-3(4)