

同意書

_____ 御中

_____ 年 月 日

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

被害者との関係【本人・配偶者・親権者・法定相続人・その他()】

事故日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

対人賠償保険会社名 _____

受傷者

(住所) _____

(氏名) _____

(生年月日) _____ 年 _____ 月 _____ 日 生

私は、上記事故の人身傷害保険金をチューリッヒ保険会社に請求するにあたり、貴社が対人賠償保険の請求支払いに関する書類（医療機関からの診断・診療内容等の機微情報を含む）の写し、損害賠償額の内訳をチューリッヒ保険会社へ提供する事について同意します。