

個人情報の取扱いに関する同意書

カーディフ損害保険株式会社 御中

本保険請求に関する私の個人情報の取扱いについて、下記の通り同意します。

●個人情報の取扱いに関する同意

①本件保険事故に関する保険金・給付金の支払いのために必要な範囲で、保険契約者が貴社に私の個人情報(返済額、返済日等、本保険契約の対象となるローン契約の情報等)を提供すること、また、本保険契約に係る事務手続きのため必要な範囲で、貴社が保険契約者に私の個人情報(保険金・給付金の支払いの可否、支払い額、支払い日の他、本件保険事故に係る情報を含みます。以下同じ)を提供することに同意します。

②保険契約の履行(損害調査、保険金支払いの可否、支払い保険金の算定等)・保険引受判断・各種サービスの提供等のために、保険事故の関係者(勤務先、損害保険会社・共済、保険事故の当事者等)、保険契約者、保険金受取人等の保険契約の関係者、業務委託先(保険代理店を含む)、その他必要な関係先に対して提供を行い、またはこれらの者から提供を受けることがあることに同意します。

③再保険契約の締結、再保険契約に基づく通知・報告、再保険金の請求等のため再保険引受会社に提供を行うことがありますに同意します。

④貴社および貴社の親会社であるカーディフ生命保険株式会社が、各種保険契約の引受、保険金・給付金の支払い等、保険事業の健全な運営のために必要な範囲で、健康状態等の保健医療情報(機微(センシティブ)情報)を含む私の個人情報を共同で取得・利用することに同意します。

※保健医療等の機微(センシティブ)情報については、保険業法施行規則により、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる目的に利用目的が限定されています。

※カーディフ損害保険株式会社におけるお客様の個人情報の利用、管理およびそれらの目的等、取扱いの詳細はホームページにてご確認いただけます。<https://nonlife.cardif.co.jp/>

⑤ご記入いただくメールアドレスは、本保険請求に関するご連絡以外で、各種情報提供、および今後のサービス向上に役立てることを目的としたアンケートに利用させていただきます。

上記のメールアドレス等の提供に関して、ご同意いただけない場合は下記にメールアドレスのご記入は不要です。なお、その場合でも、保険金の請求には一切影響はありません。

1. 被保険者住所

記入日（西暦） 20 年 月 日

〒 -

都道
府県

日中連絡先または携帯番号

アパート・マンション名もご記入ください。

e-mail

@

2. 被保険者氏名 (代理人または代筆による請求の場合は、代理人または代筆者が被保険者名をご記入ください。)

フリガナ

(自署)

印