

保険金・給付金・共済金請求書（兼同意書）

楽天生命保険株式会社 御中

貴社との保険契約・共済契約に基づき、保険金・給付金・共済金を請求いたします。なお、下記口座への送金完了をもって本請求の支払金を領収したものと認めます。

請求者は、被保険者（被共済者）または被保険者（被共済者）の親族および戸籍謄本等の請求書類に記載された親族等とともに、別紙「個人情報の取扱いについて」を確認・同意のうえ請求いたします。

貴社が事実の確認を行うこと、および医療機関・医師またはその他関係機関等が、貴社または貴社が委託する者に、すべての疾病・傷病の記録を開示・提供することに同意します。なお、本書の複写も本書と同様の効力があることを了承いたします。

記入日 (請求日)	年 月 日
--------------	-------

被保険者	フリガナ		生年月日	(大正) (昭和) (平成) 年 月 日
	氏 名			

※共済契約の場合は契約者名をご記入ください。

請求者（受取人）	フリガナ		請求・同意
	氏 名		(印)
	フリガナ		
	現住所	〒	
	電話番号		携帯電話

振込先口座	口座名義人	※カタカナで記入	※振込先口座はご請求者様(受取人)名義の口座に限ります。
-------	-------	----------	------------------------------

※どちらかに記入	ゆうちょ銀行	金融機関名	(銀行) (信組) (信金) (農協)		支店名	(本店) (支店) (出張所)	
	銀行	支店番号	預金種目	(普通) (貯蓄) (当座) (別段)	口座番号	※右ツメで記入	
	通記帳番号	1	0	通帳番号	1		

※振込先口座は、お手元に通帳をご用意のうえ正確にご記入ください。

会社使用欄	受付日	書類完備日	確認依頼日	確認報告日	査定日	支払承認日	M R		

※受取人が2名以上の場合・指定受取人が複数指定されている場合、受取人（相続人）代表者を選任のうえ、下記へご記入・ご捺印ください。

受取人(相続人)代表者選任届				
楽天生命保険株式会社 御中				
本請求による受取人（相続人）全員の協議により、私が受取人（相続人）代表者として私が請求し受領いたします。				
後日利害関係人等から異議申し立てがあった場合、以下の者全員で連帯責任を負い、貴社に対して一切ご迷惑をおかけいたしません。				
また、別紙「個人情報の取扱いについて」を確認し、これに同意いたします。				
記入日（請求日）		年 月 日		
受取人(相続人) 代表者	氏名	実印	親権者 後見人	実印
	住所			
受 取 人 (相続人)	氏名	実印	親権者 後見人	実印
	住所			
受 取 人 (相続人)	氏名	実印	親権者 後見人	実印
	住所			
受 取 人 (相続人)	氏名	実印	親権者 後見人	実印
	住所			
受 取 人 (相続人)	氏名	実印	親権者 後見人	実印
	住所			
※ご印鑑は、実印をご捺印頂き、印鑑証明書をご提出願います。				

※被保険者様（被共済者様）から請求できない特別な事情がある場合、代理請求者様が下記へご記入・ご捺印ください。

代理請求念書				
楽天生命保険株式会社 御中				
被保険者（被共済者）から請求できない下記の特別な事情があるため、私が代わって請求いたします。				
後日、他の相続人等利害関係人より異議申し立てがあった場合、私が全責任を負い、貴社に対し一切ご迷惑をかけないことを誓約いたします。				
また、別紙「個人情報の取扱いについて」を確認し、これに同意いたします。				
記入日（請求日）		年 月 日		
代理請求理由	① 被保険者(被共済者)に意識がなく請求できないため。② 被保険者(被共済者)へ病名・病状を告知していないため。			
	③ その他（ ）			
代 理 請 求 者	氏名	実印	親権者 後見人	実印
	住所			
※ご印鑑は、実印をご捺印頂き、印鑑証明書をご提出願います。				

保険金・給付金・共済金請求書（兼同意書）記入例

※太枠の中を黒か青のボールペンでご記入ください。訂正する場合は二重線で抹消し、必ず請求印による訂正印を押印願います。

		記入日 (請求日)		××年 ××月 ××日	
--	--	--------------	--	-------------	--

A 被保険者	フリガナ	ラクテン タロウ		生年月日	大正 (昭和) 平成
	氏名	楽天 太郎			××年 ××月 ××日

↑※共済契約の場合は契約者名をご記入ください。

B 請求者 (受取人)	フリガナ	ラクテン タロウ		請求同意	
	氏名	楽天 太郎			
	フリガナ	トウキョウト セタガヤク タマガワ			
	現住所	〒158-0094 東京都世田谷区玉川 1-14-1			
	電話番号	××-××××-××××		携帯電話	×××-××××-××××

C 振込先	口座名義人	※カタカナで記入 ラクテン タロウ		※振込先口座はご請求者様(受取人)名義の口座に限ります。	
	金融機関名	楽天 (銀行) (信組) (信金) (農協)		支店名	二子玉川 (本店) (支店) (出張所)
	支店番号	1 0 0	預金種目	普通 (貯蓄) (当座) (定期) (活期)	※右ツメで記入 口座番号
	通帳番号	1	0	通帳番号	4 3 2 1 0

※振込先口座は、お手元に通帳をご用意のうえ正確にご記入ください。

A 被保険者・共済契約者様の氏名・生年月日をご記入ください。
※入院・手術・通院・死亡等の保障の対象となる方をご記入ください。

B 請求者(受取人)様の氏名・住所・電話番号をご記入のうえ、認印を捺印願います。ただし、印鑑証明書をあわせて提出する場合は実印を捺印願います。
※給付金は被保険者様が請求者となります。
※共済ジュニア特約のご請求の場合は、主たる共済契約者様が請求者(受取人)になります。
※被保険者様が未成年の場合は、親権者または未成年後見人様より署名・捺印願います。
※被保険者様に成年後見人が選任されている場合は、成年後見人様より署名・捺印願います。

C 請求者(受取人)様名義の口座をご指定ください。
※親権者・後見人様が請求する場合は、親権者・後見人様名義の口座をご指定ください。
※「ゆうちょ銀行以外の金融機関」または「ゆうちょ銀行」の、どちらかにご記入ください。

個人情報の取扱について

下記事項を必ずご確認のうえご請求いただきますようお願い申し上げます。

1.個人情報の利用目的

当社は、お預かりしている個人情報を、次の目的のために利用し、特定された利用目的の達成に必要な範囲を超えた取扱いを行いません。また、そのための必要な措置を講じます。

(1) 各種保険契約のお引き受け、ご継続・維持管理、保険金・給付金等の支払い(2) 当社事業の情報提供、運営管理、商品・サービス等のご案内・提供、維持管理、開発・充実(3) その他上記業務に関連・付随する業務

保健医療情報などの機微(センシティブ)情報は、「保険業法施行規則第53条の10」および「金融分野における個人情報に関するガイドライン第6条」により、保険事業の適切な業務運営を確保する必要性から、お客様等の同意に基づき業務遂行上必要な範囲で利用するなど、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おり、当社は限定されている目的以外で機微(センシティブ)情報(既に取得している機微(センシティブ)情報を含みます。)の利用はいたしません。

2.個人情報の第三者への提供

当社は、次の場合を除き、取得した個人情報(機微(センシティブ)情報を含みます。)を第三者に開示、提供を行いません。

(1) 法令に基づく場合(2) ご本人が同意されている場合(3) ご本人または公共の利益のために必要であると考えられる場合(4) 法令により要請され、かつ当社が開示を妥当だと判断した場合(5) 再保険の手続きをする場合(6) 利用目的の達成に必要な範囲内で業務の一部を委託・共同利用する場合(7) 個人情報保護法により、ご本人の同意を得ずに提供が認められている場合

【再保険会社への提供について】

(第三者に提供する目的)

当社の引受リスクの分散のため、再保険会社における保険契約の引き受け、継続・維持管理、保険金・給付金等の支払いに関する利用を目的とします。

(提供する個人情報の項目)

再保険の対象となる保険契約の特定に必要な保険契約者の情報のほか、被保険者氏名、性別、生年月日、保険金額等の契約内容に関する情報、健康状態に関する情報、保険金受取人氏名・住所、診断書類など業務遂行に必要な個人情報

【契約者・被保険者・受取人が別人の際のそれぞれへの提供】

当社は、契約者・被保険者・受取人がそれぞれ異なる保険契約の場合には、利用目的達成に必要な範囲で、各々の氏名、性別、生年月日、保険金額等の契約内容に関する個人情報および機微(センシティブ)情報をそれぞれの方に提供することがあります。

3.個人情報取扱の委託

当社は、利用目的の達成に必要な範囲内で、個人情報に関する取扱いを第三者へ委託することがあります。委託する場合には、委託先の選定基準を定め、あらかじめ委託先の情報管理体制を確認するなど委託先に対する必要かつ適切な監督を行います。

4.事実の確認について

ご提出いただきましたご請求書類にて、保険金・給付金・共済金等のお支払、ご契約のご継続・維持管理等の判断をいたしかねるときには、ご契約のしおり・約款に基づき、事実の確認をさせていただく場合がございます。

その場合、当社は利用目的の達成に必要な範囲内で業務委託先(保険代理店・確認会社等を含む)、医師、医療機関、契約者、被保険者、受取人、保険金給付金等の請求・支払に関する関係先等に対し、ご請求書類等または請求対象者の個人情報を提供することがあります。

また、当社および当社が委託する者が、医師・医療機関またはその他関係機関等に請求対象者に関するすべての疾病・傷病の記録を開示・提供を求めることがあります。

なお、事実の確認をする場合には、お支払等の決定までにお時間がかかる場合があります。

5.支払査定時照会制度・契約内容登録制度・契約内容照会制度の利用について

当社は、一般社団法人生命保険協会、一般社団法人生命保険協会加盟の他の各生命保険会社等とともに、所定の情報(被保険者、死亡保険金額、入院給付金額等)を一般社団法人生命保険協会に登録し、利用することがあります。

6.ご本人からの開示等の請求

当社の個人情報の取扱いや保有個人データに関するご照会(個人情報の利用目的の通知、開示、内容の訂正・追加・削除、利用の停止、消去および第三者への提供の停止)およびご相談等は、下記までお問い合わせください。

7.提供の任意性

当社への個人情報の提供はご本人の任意ですが、業務上必要となる情報をご提供いただけなかった場合、利用目的に記載した各種商品・サービス等のご提供ができない場合があります。

お問い合わせ窓口	楽天生命保険株式会社 カスタマーセンター一部 受付時間：9：00～17：00（土日・祝日・年末年始を除く）	TEL 0120-977-677
----------	--	------------------