

主治医及び医療機関 御中

私は、下記の事故による受傷について、チューリッヒ保険会社あるいは同社が委託した代理人が、損害賠償金または保険金の支払いのため、主治医および医療機関から診断書(後遺障害用文書も含む)、診療報酬明細書(院外薬局を含む)、証明書などを受領すること、および傷病名、受傷原因、症状経過、治療内容、既往症、その他各種検査結果所見等の説明および資料の提供、レントゲン写真他画像等の貸し出しおよび写しの提供を受けることに同意します。

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間で情報交換を実施する場合
- ③ 次に掲げる会社との間で、保険金のお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。

記

受傷者	
生年月日	年 月 日
医療機関	
ID番号 診察券番号	
事故日 (傷害の請求の場合)	年 月 日

同意者

年 月 日

住 所

氏 名



同意者が受傷者様と異なる場合:受傷者様との関係【配偶者・親権者・法定相続人・その他()】
()の理由により、本人に代わり私が同意しました。