

# 保有個人データの開示等請求書

請求日（西暦） 年 月 日

日新火災海上保険株式会社 御中

個人情報の保護に関する法律に基づき、貴社の保有個人データの開示等を請求いたします。

【請求区分】以下のいずれかにを入れてください。

<input type="checkbox"/> 開示 <input type="checkbox"/> 利用目的の通知 <input type="checkbox"/> 訂正・追加・削除 <input type="checkbox"/> 利用停止 <input type="checkbox"/> 第三者提供禁止
---

【ご請求者】

フリガナ		ご本人との関係
氏名	(実印)	(いずれかに <input checked="" type="checkbox"/> ) <input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> 親権者 <input type="checkbox"/> 成年後見人 <input type="checkbox"/> 委任代理人
住所	〒 -	

【開示等請求の対象となるご本人】

フリガナ		生年月日
氏名		(西暦)
住所	〒 -	年 月 日
当社との関係	以下のいずれかに <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。「その他」の場合は関係をご記入ください。 <input type="checkbox"/> 保険契約者 <input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被害者 <input type="checkbox"/> 死亡保険金受取人 <input type="checkbox"/> その他 [ ]	

1. 開示等を希望するデータとデータ特定のための資料等

*開示等を希望するデータ (いずれかに <input checked="" type="checkbox"/> )	<input type="checkbox"/> 氏名、住所、電話番号、メールアドレス等の属性情報 <input type="checkbox"/> 保険期間・保険金額・保険料・満期返戻金等の保険契約内容 <input type="checkbox"/> 保険事故発生場所、日時、原因、保険金支払額等 <input type="checkbox"/> 保険金支払日・支払先・金額→ [ 年 月 日～ 年 月 日分 ] <input type="checkbox"/> その他 [ ]
添付資料等 (いずれかに <input checked="" type="checkbox"/> )	<input type="checkbox"/> 保険証券の写し <input type="checkbox"/> 弊社からのご通知やはがき等 *資料の添付がない場合、保有個人データを特定するために以下の情報をご記入ください。 <input type="checkbox"/> 証券番号 [ ] <input type="checkbox"/> 事故受付番号 [ ] <input type="checkbox"/> その他の情報（当社に提供いただいた時期、場所等） [ ]

2. 請求区分が「訂正・追加・削除」または「利用停止・消去」の場合

・「訂正前、訂正後の内容」あるいは「削除、追加を希望する内容」 [ ]
・「請求の理由」 [ ]
・「利用停止・消去」の区分 (いずれかに <input checked="" type="checkbox"/> ) <input type="checkbox"/> 利用停止 <input type="checkbox"/> 消去 <input type="checkbox"/> 第三者提供禁止

※必ず、裏面の「ご請求にあたっての注意事項」をお読みください。

## <ご請求にあたっての注意事項(必ずお読みください)>

### 1. ご請求に必要な書類

ご請求者の本人確認およびご請求者の保有個人データまたは第三者提供記録の特定のために、以下の書類についてもあわせてご送付願います。請求書類等の送付に係る費用についてはご請求者のご負担となりますのでご了承ください。

#### (1) ご請求者をご本人の場合

- ・印鑑登録証明書(現住所が記載され、発行日から3か月以内のもの)の正本
- ・運転免許証、健康保険証またはパスポート等の公的機関が発行した書類の写し
- ・開示等請求をされる保険契約の保険証券の写し(保険契約者の場合のみ)

#### (2) ご請求者が代理人の場合

- ・上記(1)の本人確認書類
- ・代理人自身の印鑑登録証明書(現住所が記載され、発行日から3か月以内のもの)の正本
- ・代理人自身の運転免許証、健康保険証またはパスポート等の公的機関が発行した書類の写し
- ・法定代理人の場合は法定代理権があることを確認できる書類(戸籍謄本、後見開始審判書等)
- ・委任による代理人の場合は委任状

### 2. 手数料

保有個人データの利用目的の通知および開示請求については、請求にかかる手数料として1,000円(消費税込)をご負担いただきます。

また、開示対象となるデータの加工等を含め、開示を実施するための費用が当該金額を上回る場合が明白である場合は、開示の実施にかかる手数料として、ご請求内容に応じた実費相当額を追加でご負担いただきます。こちらについては、別途、事前に手数料額の見積もりをご連絡致します。

手数料は、弊社指定の口座に手数料をお振込みください。なお、振込手数料についてはご請求者のご負担となりますのでご了承ください。

#### ▶ お支払方法について

下記口座へのお振込みのみの対応とさせていただきます。

【振込先口座】※振込手数料はご請求者のご負担となります。

銀行支店名 日新火災海上保険株式会社

預金種類 普通預金

口座番号 3699342

口座名義 日新火災海上保険株式会社

\*振込人名義は開示対象者名でお振込みください。

#### ▶ その他

- ・結果の交付は手数料のご入金を確認されてからとなりますので、あらかじめご了承ください。
- ・開示すべき保有個人データが存在しない場合、または個人情報の保護に関する法律の定めにより開示しない場合であっても、手数料は返還いたしませんので、あらかじめご了承ください。

### 3. 回答方法

お受けした開示等請求については、請求内容の確認・調査等を行い、手数料を要する請求については入金を確認させていただいたうえで、ご本人に対し、書面の交付による方法、電磁的記録の提供による方法その他当社所定の方法によりご回答申し上げます。代理人によるご請求の場合は、当該代理人に対しご回答申し上げます。

開示等請求に応じることにより、ご本人または第三者の生命、身体、財産その他の権利利益を害するおそれがある場合、弊社の業務の適正な実施に著しい支障を及ぼすおそれがある場合および法令に違反することとなる場合等ご請求に応じることができない場合がございますが、その場合にはその理由をご連絡申し上げます。

### 4. お問い合わせ窓口

#### (1) 電話でのご請求・お問い合わせ窓口

日新火災 お客様相談室

電話 0120-17-2424

(受付時間) 午前9時～午後5時(土日祝祭日および年末年始を除く)

#### (2) 請求書類送付先

日新火災海上保険株式会社 業務品質部 コンプライアンスグループ

所在地: 〒101-8329 東京都千代田区神田駿河台2-3