

「個人情報の保護に関する法律」に基づき貴社が保有する「保有個人データ」の開示請求（訂正等）をします。

ご請求者欄	氏名	フリガナ 印	生年月日	西暦	年	月	日
	現住所 ※郵便番号を必ず記入して下さい	フリガナ 〒	電話番号	()	-	日中の連絡先	() -

※ 代理人による請求の場合は次の欄にもご記入し、任意代理人の場合は当社所定の「委任状」もご提出下さい。回答送付先はご請求者様宛となります。

代理人請求欄	請求者との関係	<input type="checkbox"/> 法定代理人（請求者が未成年）	<input type="checkbox"/> 法定代理人（請求者が成年被後見人）	<input type="checkbox"/> 任意代理人			
	代理人の氏名	フリガナ 印	生年月日	西暦	年	月	日
	代理人の現住所 ※郵便番号を必ず記入して下さい	フリガナ 〒	電話番号	()	-	日中の連絡先	() -

請求内容	いずれかに○をつけて下さい。	・請求書にご記入いただいた内容に関して、遅滞なく必要な調査を行い、訂正・追加・削除するか否かを回答いたします。 ・ご回答には一定の日数を要します。 ・利用目的からみて訂正等が必要ではない場合、保有個人データが誤りである旨の指摘が正しくない場合には、遅滞なく訂正等を行わない旨を通知いたします。 ・記載内容の確認等のために、当社よりご連絡させていただく場合があります。
	1. 訂正 2. 追加 3. 削除	

個人保険契約に関わる個人情報

■ ご加入の保険契約に関して該当するものにチェックして下さい。
 当社との関係がその他（受取人等）の場合、被保険者の氏名・生年月日をご記入下さい。

<input type="checkbox"/> 契約者	被保険者 氏名	フリガナ	生年月日	西暦	年	月	日
<input type="checkbox"/> 被保険者						
<input type="checkbox"/> その他（受取人等）						

(注) 複数になる場合は下記の請求内容記入欄にご記入下さい。

証券番号	()	-
証券番号	()	-
証券番号	()	-

■ 請求事項にチェックして下さい。

請求事項	<input type="checkbox"/> 契約内容に関する事項（申込中のもをを除く）	<input type="checkbox"/> 受取人に関する事項	<input type="checkbox"/> 自動振貸の有無
	・契約者の氏名・現住所・電話番号 ・契約者の勤務先住所・電話番号 ・被保険者の氏名・生年月日 ・証券番号 ・商品名 ・契約始期 ・主契約の契約状態	・受取人の氏名（代表1名） ・保険料に関する事項 ・払込保険料 ・収納方法 ・口座情報 ・配当金支払方法	・作成日時点の残高 ・契約者貸付の有無 ・作成日時点の残高 ・給付金の直前支払状況 ・金額、支払日、送金先口座 ・保険金の直前支払状況 ・金額、支払日、送金先口座

企業保険・財形保険に関わる個人情報

■ 契約内容に関するご照会は、ご契約者（団体）へお問い合わせ願います。
 ■ ご請求される場合は、下記の事項を必ず記載（複数の契約がある場合はすべて記載）のうえ、ご請求する項目を「請求内容記入欄」に具体的・詳細に記載して下さい。なお、本人確認を団体（契約者）へ行うことがあります。
 ※ご加入の保険契約に関して該当するものにチェックして下さい。

<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> その他(受取人等)	契約者名 (団体名)	主たる被保険者	フリガナ 氏名				
	団体番号		生年月日	西暦	年	月	日
	被保険者番号 (契約者番号)		続柄	(主たる被保険者本人、家族資格の被保険者、受取人等)			

(注) 契約者名が複数になる場合は下記の請求内容記入欄に団体毎にご記入下さい。団体番号、被保険者番号等が不明の場合は団体にご照会下さい。

その他の情報

■ 情報提供先・当社との関係等をご記入下さい。なお、ご請求内容は下記の請求内容記入欄に具体的にご記入下さい。

情報提供先	当社職員	支社・営業部名	職員名
	その他		
当社との関係等			

請求内容

■ 当社に求める対応内容とその理由を具体的にご記入下さい。

請求内容記入欄	
備考欄	