

開示等請求の手続きに当たり取得した個人情報には、「保有個人データ」の特定や本人及び代理人の本人確認等、開示等請求のお手続きに必要な範囲で利用いたします。

年 月 日

「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」の利用停止請求をします。

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。 ・利用停止等の請求を受けた場合、その請求に理由があることが判明したときは、遅滞なく利用停止等を行います。 その場合、お客さまの権利利益の侵害を防止するために必要な範囲で利用停止等又は第三者提供の停止を行いますので「消去の請求」でも、「利用停止」とすることがあります。 また「利用停止の請求」でも権利利益の侵害を防止する範囲での停止に限定することがあります。 ・利用停止等をしていない旨の決定をしたときは、ご本人に対し、遅滞なく、その旨を通知します。
	1. 利用停止 2. 消去 3. 第三者提供の停止	

下記ア)～オ)より理由に該当するものに○をつけ、その詳細について具体的に記入下さい。また、記載の事由を示す資料をご提出下さい。

ア) 当社があらかじめ本人の同意を得ず利用目的の達成に必要な範囲を超えて個人情報を取り扱っている場合
 イ) 当社が不適正な個人情報の利用・取得をしている場合
 ウ) 本人が識別される保有個人データを当社が利用する必要がなくなった場合
 エ) 当社が取り扱う個人データの漏えい・滅失・毀損その他の個人データの安全の確保に係る事態であって個人の権利利益を害するおそれが大きい場合
 オ) 本人が識別される保有個人データの取り扱いにより、本人の権利又は正当な利益が害されるおそれがある場合

(請求理由について具体的・詳細にご記入下さい)

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。 (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。

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

■ご加入の保険契約の証券番号をご記入下さい。

証券番号	()	-
証券番号	()	-
証券番号	()	-

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	契約者名 (団体名)	主たる被保険者	フリガナ	氏名	生年月日	西暦	年	月	日
<input type="checkbox"/> その他(受取人等)			団体番号						
						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記入下さい。

請求内容記入欄	
備考欄	