

ご記入日：西暦 年 月 日

Chubb 損害保険株式会社 宛

※必ずご記入ください。

### 保有個人データ等の開示等請求書

1. 請求項目 ※ いずれかにチェックをしてください。

保有個人データ	<input type="checkbox"/> 開示 <input type="checkbox"/> 訂正・追加・削除 <input type="checkbox"/> 利用停止・消去・第三者提供の停止 <input type="checkbox"/> 利用目的の通知
第三者提供記録	<input type="checkbox"/> 開示

2. 開示の方法 ※ 開示のご請求の場合、いずれかにチェックをしてください。

※ 電磁的方法による開示を希望される場合、送信先のメールアドレスをご記入ください。

- 書面による開示(郵送)  
 電磁的方法による開示(電子メール等当社が用意する方法となります)

送信先メールアドレス: \_\_\_\_\_

3. 開示等の対象となる方(ご本人)の情報

フリガナ		生年月日	西暦	年	月	日
氏名						
フリガナ						
現住所	〒 -					
電話番号	※日中ご連絡できる番号をご記入ください。					
ご本人であることを確認する書類	同封するものに○をつけてください。 (A のいずれか 1 点、かつ、B のいずれか 1 点、計 2 点必要です。) A. 印鑑登録証明書(原本)・住民票の写し(原本) B. 運転免許証(コピー)・健康保険証(コピー)・パスポート(コピー)・その他 ( )					
開示等の対象となる保険契約の証券番号	※保険証券のコピーを同封してください。当社保険契約のない方はご記入不要です。					

※ 次ページもご記入ください。

4. 代理人の情報 ※代理人が開示等の請求を行う場合のみご記入ください。

フリガナ		生年月日	西暦	年	月	日
代理人の 氏名						
フリガナ						
代理人の 現住所	〒 -					
代理人の 電話番号	※日中ご連絡できる番号をご記入ください。					
開示等の 対象となる 方との関係	1. 委任による代理人（回答は代理人にではなく、開示対象者本人の現住所へ送付します。） 2. 法定代理人（親権者、未成年後見人、成年後見人 等）					
代理人につ いてご本人 であることを 確認する 書類	同封するものに○をつけてください。 (A のいずれか 1 点、かつ、B のいずれか 1 点、計 2 点必要です。) A. 印鑑登録証明書(原本)・住民票の写し(原本) B. 運転免許証(コピー)・健康保険証(コピー)・パスポート(コピー)・その他 ( )					
代理人資格 を証明する 書類	同封するものに○をつけてください。(a、b、c、のいずれかが必要です。) a. 当社所定の委任状および開示対象者ご本人の印鑑登録証明書(原本) b. 戸籍謄本または抄本 c. 成年後見の登記事項証明書 等					

5. 開示の請求をされる方は、請求内容をなるべく具体的にご記入ください。

--

6. 訂正・追加・削除の請求をされる方はご記入ください。

訂正項目	訂正前	訂正後
<input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> その他 ( )		

※ 次ページもご記入ください。

7. 利用停止・消去・第三者提供の停止の請求をされる方はご記入ください。

利用停止等の事由	利用停止等の事由に該当する事実
<input type="checkbox"/> 目的外利用	
<input type="checkbox"/> 不正な手段による取得	
<input type="checkbox"/> 個人情報の保護に関する法律に違反する第三者提供	

私は、「個人情報の保護に関する法律」に従い、Chubb 損害保険株式会社の保有個人データ等について、上記のとおり請求を行います。

請求者署名または記名押印:  _____ 印
------------------------------

※代理人が請求を行う場合は代理人が署名または記名押印をしてください。