

書類提供に関する同意書

ご注意

- 点線○の選択項目は、該当項目を○で囲んでください。

- この書類提供に関する同意書をお書きになった日付を、西暦でご記入ください。

- おケガをされたご本人の氏名、住所をご記入ください。
おケガをされた方が未成年の場合は親権者の氏名・住所をご記入ください。
- 入院等、ご本人がご署名・ご捺印できない事情がある場合は、SOMPOダイレクト担当者までご相談ください。
- 被保険者と同意人の関係を、選択項目から選択してください。

- おケガをされたご本人の「氏名」、「住所」、「生年月日」をご記入ください。

SOMPOダイレクト損害保険株式会社 行

書類提供に関する同意書

ご記入前にご確認ください。

- ご記入ガイドをご確認いただき、太枠内の箇所をご記入ください。
- SOMPOダイレクトが相手方が加入している保険会社から、書類の提供をうける際に必要となります。

※相手方が加入している保険会社名をご記入ください。

○○○○保険株式会社 御中



私は、の事故に関して、SOMPOダイレクト損害保険株式会社（以下、SOMPOダイレクトといいます）に保険金を請求するにあたり、貴社が対人賠償保険金の支払に關する書類（医療機関からの診断・診療内容等の機微情報を含む）の写しを、SOMPOダイレクトへ提供することに同意します。


なお、本同意書の謄写も本同意書と同じ効力があるものと認めます。

以上

記入日

①お留意 おケガをされた方が署名・ご捺印ください。
おケガをされた方が未成年の場合は、親権者の方がご署名・ご捺印ください。

| | |
|------|--|
| 同意人 | 氏名 <input type="text" value="ソンポ 太郎"/>  |
| | 住所 <input type="text" value="東京 豊島区東池袋 3-1-1"/>  |
| | 被保険者との関係 <input checked="" type="radio"/> 本人 <input type="radio"/> 親権者 <input type="radio"/> その他 () |
| 被保険者 | 氏名 <input type="text" value="ソンポ 太郎"/> |
| | 住所 <input type="text" value="東京都豊島区東池袋3-1-1"/> |
| | 生年月日 <input type="text" value="1982年9月22日"/> 生 |

 SOMPOダイレクト損害保険株式会社

