

マニライフ生命保険株式会社 御中

1 お客様情報 別紙注意事項及び約款に規定された事実確認の実施に同意し、下記契約の保険金・給付金等の支払等を請求します。(太線枠内の必要箇所について、ご記入・押印ください)

請求内容	<input type="checkbox"/> 保険金請求 <input type="checkbox"/> 給付金請求 (同時請求の場合は両方に○をしてください)	被保険者様	様
記入日	年 月 日		
種類 —証券番号			
受取人様	フリガナ (自署) 請求・同意 印	親権者様 後見人様 成年後見人様 指定代理請求人様 請求・同意 印	受取人様との続柄〔 〕 様
連絡先TEL	— () —	*印鑑証明書をご提出される場合は、印鑑証明印を押印してください。	

支払計算書の送付先住所をご記入ください。受取人様がご契約者様で当社に登録されている住所に変更がない場合は、記入不要です。変更がある場合、または別の住所へ送付をご希望の場合はご希望の住所をご記入ください。(住所変更届けは別途申請ください。)空欄の場合は、当社登録のご契約者様住所へ送付いたします。

支払計算書 送付先住所	〒	フリガナ	(アパート・マンション名もご記入ください)
	都 道 府 県		

2 ご送金口座情報

*お振込先は受取人様の口座をご記入願います。
* ゆうちょ銀行へのお振込みをご指定される場合は、振込み用支店番号・口座番号をお調べのうえご記入願います。

下記口座を指定する。

銀行 信用金庫 信用組合	労働金庫 農協	本店 支店 出張所	◆左記口座欄が未記入の場合 ◆左記口座欄記入に不備がある場合 受取人様がご契約者様であり、当社にご契約者様名義の保険料振替口座の登録がある場合は、保険料振替口座へご送金させていただきます。あらかじめご了承ください。
預金種目	1.普通 2.当座 4.貯蓄 9.別段	口座番号	
口座名義人(カタカナで記入)		様	
会社使用欄 (金融機関コード)	機関 コード	支店 コード	

3 (1) 年金受取方法

下記のご請求に該当する場合のみ、受取方法を○印でご指定ください。

- ①収入保障特約 ②年金払定期保険特約
③このこの保険の育英年金 ④新総合保障保険

一括受取
 年金受取

(2) 月払給付金受取方法

下記のご請求に該当する場合のみ、受取方法を○印でご指定ください。

- ①(非喫煙者)家族収入保障特約
②特定疾病収入保障特約

一部一括受取を指定の場合のみ一括受取部分(月払給付金額ベース)をご指定ください

一括受取
 月払受取
 一部一括受取
 ...
 円

*一部一括受取の場合には、月払給付金額のうち一括受取部分(月払給付金額ベース)を指定してください。ただし、月払受取部分の月払給付金額が(非喫煙者)家族収入保障特約の場合は8万円、特定疾病収入保障特約の場合は3万円を下回る金額となる指定はできません。

4 保険証券を紛失された場合

死亡・高度障害・保険料払込免除・特定疾病・リビングニーズのご請求の場合のみ押印ください。

保険証券紛失届	この契約の保険証券を紛失しましたので(印鑑証明書を添えて)お届けします。なお、後日発見した時は貴社にお返しいたします。	印鑑証明印 印
---------	---	------------

RO名・事業部名	取扱店(支社・営業所・SSO・代理店名)
請求書出力日	取扱者氏名
請求書ID	

本社受理日	
-------	--

「個人情報の取扱いについて」および「お手続きにあたってご同意いただく内容」を記載しております

個人情報の取扱いについて

1. 利用目的について

当社はおお客様の個人情報をつぎの利用目的達成に必要な範囲で利用いたします。

- ①各種保険契約のお引受け、ご継続、維持管理、保険金・給付金等のお支払い
- ②含む各種商品・サービスのご案内・提供、ご契約の維持管理
- ③当社業務に関する情報提供・運営管理・商品・サービスの充実
- ④その他保険に関連、付随する業務

2. 機微(センシティブ)情報について

保健医療等の機微(センシティブ)情報については、保険業法施行規則により、利用目的が限定されます。

当社は、事業の適切な業務運営を確保する必要性から、業務遂行上必要な範囲で、お客様の保健医療等の機微(センシティブ)情報を取得・利用いたします。なお、既に取得している機微(センシティブ)情報についても利用し、または第三者提供する場合があります。当社は、これらの機微(センシティブ)情報の取り扱いにつき、ご同意いただいたうえでご請求をお受けいたします。

3. 個人情報の第三者への提供について

①再保険会社への提供

当社は、再保険会社に保険契約の引受けを申込む場合があり、この際、再保険会社による保険引受けや保険金等支払い等の判断に利用されるよう、再保険の対象となるお客様の氏名、性別、生年月日、保険金額等の契約内容に関する個人情報、および保健医療等の機微(センシティブ)情報を提供します。これらの取り扱いにつき、ご同意いただいたうえでご請求をお受けいたします。

②契約者・被保険者・受取人が別人の際のそれぞれへの提供

当社は、契約者・被保険者・受取人がそれぞれ異なる保険契約の場合には、利用目的達成に必要な範囲で、各々の氏名、性別、生年月日、保険金額等の契約内容に関する個人情報、および保健医療等の機微(センシティブ)情報をそれぞれの方に提供することがあります。当社はこれらの取り扱いにつき、ご同意いただいたうえでご請求をお受けいたします。

4. 事実の確認について

ご提出いただきましたご請求書類等にて、保険金・給付金等のお支払い、ご契約のご継続・維持管理等の判断をいたしかねるときには、事実の確認をさせていただく場合があります。その場合、当社が委託した者に対し、ご請求書類等または請求対象者の個人情報を提供することがあります。また、請求対象者の健診・診療等に従事した医師または医療機関等関係先が当社または当社が委託した者に対し、請求対象者の健診・診療等に関して知り得た事実を提供すること、およびその証として当社が本書写しを医師または医療機関等関係先に交付または提示することがあります。なお、事実を確認する場合には、お支払い等の決定までにお時間がかかる場合があります。

5. 支払査定時照会制度について

平成17年1月31日から、当社は、社団法人生命保険協会、社団法人生命保険協会加盟の各生命保険会社、全国共済農業協同組合連合会、全国労働者共済生活協同組合連合会および日本コープ共済生活協同組合連合会(以下「各生命保険会社等」といいます)とともに、支払いの判断または保険契約もしくは共済契約等(以下、「保険契約等」といいます)の解除・取消もしくは無効の判断(以下「お支払い等の判断」といいます)の参考とすることを目的として、当社を含む各生命保険会社等の保有する保険契約等に関する(1)被保険者様の氏名、生年月日、性別、住所(2)保険事故発生日、死亡日、入院日、退院日、対象となる保険事故(照会を受けた日から5年以内)(3)保険種類、契約日、復活日、消滅日、ご契約者様の氏名および被保険者様との続柄、死亡保険金受取人様の氏名および被保険者様との続柄、死亡保険金額、各特約内容、保険料および払込方法等を共同して利用しております。

6. 契約内容登録制度・契約内容照会制度について

当社は、社団法人生命保険協会(「協会」)、協会加盟の他の生命保険会社および全国共済農業協同組合連合会(総称して「各生命保険会社等」といいます)とともに、保険契約もしくは共済契約等(「保険契約等」)のお引受けの判断または保険金・給付金等のお支払の判断の参考とすることを目的として、保険契約等に関する所定の情報(被保険者名、死亡保険金額、入院保険金日額等)を協会に登録しております。協会に登録された情報は、同じ被保険者様について保険契約等のお申込みがあった場合または保険金等のご請求があった場合、協会から各生命保険会社等に提供され、各生命保険会社等において前述の目的のため利用されることがあります。

お手続きにあたってご同意いただく内容について

◆貴社保険約款に基づき保険金・給付金等の支払を請求します。支払金がある場合は指定口座へ送金してください。なお、口座への入金をもって領収したものと認めます。

◆支払内容・変更事項については、約款に規定する保険証券の裏書にかえて「お支払計算書」等にて通知する場合があることに同意します。

◆請求人は被保険者または被保険者の親族および戸籍謄本等の請求書類に記載された親族等とともに、「個人情報の取扱いについて」を確認・同意の上請求します。なお、代表受取人請求の場合は、他の受取人とともに、「個人情報の取扱いについて」を確認・同意の上請求します。

◆被保険者の健診・診療等に従事した医師または医療機関等を含む関係先が、貴社または貴社の委託した者に、被保険者の健康状態を含む知りえた事実に関する記録(情報)を提供することに同意します。また、「個人情報の取扱いについて」を確認・同意します。(被保険者様のご病状により署名・押印が困難な場合はご親族の署名・押印で結構です。)