

情報公開の同意書

私、被保険者（ご本人）のお名前は、この同意書により、加入した保険契約に基づいてJohnson Fu Insurance Agency Inc.に起こした保険金請求に関して、私が提供した健康状態または他の個人情報を含むすべての情報や書類、またはJohnson Fu Insurance Agency Inc.が得た第三者（集散的に‘記録’の意味）からの情報を、Johnson Fu Insurance Agency Inc.へ提供し、審査することに同意いたします。私は、記録の提供や審査の目的が、Johnson Fu Insurance Agency Inc.及び保険会社がこの保険金請求に対し、どの範囲まで保険によって補償することができるかを決定し、手続きを円滑に進めるためであるということを了承いたします。

この同意書は、下記に定められた日付より発効され、私本人により書面をもっていつでも取り消すことができます。この同意書が、Johnson Fu Insurance Agency Inc.へ記録の提供や審査が行われる前に取り消された場合、この保険金請求に対する審査や手続きは遅れることがあることも了承いたします。

Johnson Fu Insurance Agency Inc.が受け取るこの同意書のコピーも、原文同様に有効であり正当なものです。

日付: _____ 被保険者名: _____
(日/月/年) (活字体)

サイン: _____
(被保険者または親権者) (親権者名、ご本人が18歳未満の場合のみ)

(被保険者との関係)

支払が行われるべき方のお名前を明記してください: _____