

全理連賠償責任補償制度 加入申込書

私は全理連賠償責任補償共済の制度内容を承知のうえ、加入申込みいたします。
また、加入申込みにあたり、②頁の「個人情報の取扱いに関する説明事項」を確認し、その内容について同意します。

令和 年 月 日

全国理容生活衛生同業組合連合会 御中
損害保険ジャパン株式会社 御中

| | | | | | | | | |
|-------|------------|-------|--|--------|--------------|----|------|-------|
| 組合コード | | 支部コード | | 加入者番号 | (記入しないでください) | | | |
| 加入日 | 令和 年 月 1 日 | | | 店名 | フリガナ | | | |
| 店主名 | フリガナ | | | 店主生年月日 | 昭和 | 平成 | 令和 | 年 月 日 |
| 店名 | フリガナ | | | 男・女 | ⑩ | | | |
| 店舗所在地 | フリガナ | | | | | | | |
| 電話番号 | () | | | 椅子台数 | 台 | | 従業員数 | 人 |

<ご記入上の注意>

店主名・店名・所在地の欄は必ずカタカナでフリガナをご記入ください。
所在地の番地は〇〇〇1-2-3と数字でご記入ください。

通信欄

| | | | | | | | | |
|-----------------|-----|------|----|-----|-----|------|----|----|
| 理容生活衛生同業組合 | 理事長 | | 部長 | | 支部長 | | 扱者 | |
| 全国理容生活衛生同業組合連合会 | 理事長 | 担当役員 | | 事務長 | 課長 | 課長補佐 | | 扱者 |

【個人情報の取扱いに関する説明事項】

「全理連賠償責任補償制度加入申込書」に記載いただく個人情報（氏名、性別、生年月日等）は、保険契約者である全国理容生活衛生同業組合連合会（以下、「全理連」といいます。）が取得し、全理連が保険契約を締結する各引受保険会社に提供します。

全理連は、本保険契約に関する個人情報について、本保険契約の事務手続のために利用します。また、共済契約の引受判断・履行（給付金支払等）および各種サービスの案内または提供のために利用します。

各引受保険会社は、本保険契約に関する個人情報について、次の取扱いを行います。

1. 本契約に関する個人情報を、保険契約の引受判断・履行（保険金支払等）および各種サービス、他の保険・金融商品等の案内または提供のために利用します。
2. 引受保険会社のグループ企業や提携先企業との間で、その取り扱う商品・サービス等の案内または提供のために、本契約に関する個人情報を共同で利用することがあります。
3. 保険制度の健全な運営を確保するため、また、不正な保険金請求を防止するために、ご契約内容、事故内容、保険金ご請求内容等に係る個人情報を、他の損害保険会社・共済および一般社団法人日本損害保険協会との間において共同利用する制度を実施しています。
4. 本契約の引受判断・履行（保険金支払等）のために必要な範囲において、本契約に関する個人情報を第三者に対して提供することがあります。
*上記の「第三者」は、保険事故の関係者（当事者、損害保険会社・共済、修理業者等）、医療機関、再保険取引会社等をいいます。

※個人情報の取扱いに関する詳細（国外在住者の個人情報を含みます。）については損保ジャパン公式ウェブサイト（<https://www.sompo-japan.co.jp/>）、および各引受保険会社のホームページをご覧ください。