

■個人情報の利用目的について

当社は、お客様の個人情報を、以下に掲げる利用目的の範囲内で、業務の遂行上必要な限りにおいて利用します。ただし、関連法令等に基づく場合は、この限りではありません。

- ①各種保険の引受け・継続・維持管理、保険金・給付金等の支払い
- ②当社および当社の関連会社・提携会社(当社の募集代理店を含む)の取り扱う各種商品やサービスの案内・提供・維持管理
- ③当社の業務に関する情報提供・運営管理、商品やサービスの開発・充実
- ④各種イベント、キャンペーンおよびセミナー等に関する案内
- ⑤市場調査、データ分析およびアンケート等の実施
- ⑥その他保険に関連・付随する業務

■個人情報保護方針について

当社は、「個人情報保護方針（お客様の個人情報の取扱いについて）」を策定し、これに則って業務を運営しております。詳しくは当社ホームページをご覧ください。

■機微（センシティブ）情報・要配慮個人情報について

当社は、保健医療情報などの機微（センシティブ）情報を業務上必要な範囲でのみ取得し、利用いたします。なお、取得した保健医療情報などの機微（センシティブ）情報は、個人情報の保護に関する法律に定める要配慮個人情報として、関連法令や金融分野における個人情報保護に関するガイドライン等に従って適切に取り扱います。

■再保険について

当社は、お客様の保険契約について、引受リスクを適切に分散するために再保険（再々保険を含む）を行うことがあり、再保険会社において当該保険契約の引受け、継続・維持管理、保険金・給付金等支払いに利用するために、再保険の対象となる保険契約の特定に必要な保険契約者の情報のほか、被保険者氏名、性別、生年月日、保険金額等の契約内容に関する情報、及び健康状態に関する情報等当該業務遂行に必要な個人情報を再保険会社に提供することがあります。

■個人情報の共同利用について

当社は、生命保険制度が健全に運営され、保険金及び入院給付金等のお支払が正しく確実に行われるよう、「契約内容登録制度」「契約内容照会制度」「医療保障保険契約内容登録制度」及び「支払査定時照会制度」に基づき、各生命保険会社間で個人データを共同利用いたします。

また、個人情報保護方針に基づき、当社グループ会社との間で、当社が保有する個人情報を共同利用させていただくことがあります。

■ご契約が締結又は復活に至らなかった場合や保険期間終了後等について

当社は、機微情報を含めお客様の保険契約に関する個人情報をご契約が締結又は復活に至らなかった場合や解約、保険期間満了後など保険契約が消滅した後も保持いたします。なお、ご提出いただいた申込書、請求書等の書類は返却いたしません。

ご不明な点がございましたら、下記までお問い合わせください。

個人情報の取扱いに関するお問合せ窓口  0120-272-811
お客様コンタクトセンター

受付時間 9:00～17:00（土日・祝日・年末年始を除く）

*携帯電話・公衆電話からご利用いただけます。

<http://www.sbilife.co.jp/>

住所変更届



SBI生命保険株式会社 御中

別紙「個人情報保護方針(お客様の個人情報の取扱いについて)」を確認し、了承のうえ住所の変更を届け出いたします。

保険契約者様の本人確認書類提出のご案内

以下の書類の中からいずれか1点をご提出ください。

個人のお客様

- ・運転免許証のコピー ・パスポートのコピー ・健康保険被保険者証のコピー ・年金手帳のコピー ・在留カードのコピー
- ※氏名、生年月日、住所の3点すべてが記載されており、かつ有効期限内であることをご確認ください。

法人のお客様

- ・発行後6ヶ月以内の登記事項証明書または印鑑登録証明書の原本

記入日	年	月	日
-----	---	---	---

証券番号									
保険契約者が同一で複数の契約をお持ちの場合は、まとめてご請求いただけます。									

保険契約者	フリガナ	印
法人の場合は法人名、代表者職位・氏名をご記入のうえ、届出印または印鑑登録証明印を押印ください。		

保険契約者の変更後の住所・電話番号・メールアドレス

住所	〒	-	(都道府県)
自宅TEL	()	携帯TEL	()
メールアドレス	@		

被保険者の変更後の住所・電話番号・メールアドレス

いずれかにチェック願います。▶ 保険契約者と同じ 下記のとおり 変更なし

被保険者	フリガナ		
住所	〒	-	(都道府県)
自宅TEL	()	携帯TEL	()
メールアドレス	@		

※必ず保険契約者ご本人がご記入ください。 ※本人確認書類と新住所が相違する場合はお取扱いできません。

会社使用欄	保険契約者顧客番号	提出書類	送付日	受付日	承認日	入力日	入力確認日	完了日
	被保険者顧客番号	<input type="checkbox"/> 住所変更届 <input type="checkbox"/> 本人確認書類						