個人情報の取扱に関する同意書

（同意日）

年　　月　　日

豊中市長　あて

住所

　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※自署また記名と押印（分館長個人印）をしてください

私は、　　　　年　　月　　日の事故に係わる個人情報の内容について、全国市長会保険引受幹事保険会社の社員またはその委託を受けたもの（以下「保険会社」といいます）に提供し、下記のとおり取り扱われることに同意します。

記

１．豊中市は、保険会社から保険金支払を受けるために、必要な次の私の個人情報（　　　囲みの内容）を、保険会社に提供すること。

氏名・性別・年齢（未成年者の場合は保護者氏名）・住所・電話番号、事故の発生状況の他、身体事故の場合は身体事故の程度・部位・症状、治療病院の名称・電話番号、財物事故の場合は、所有者の氏名・住所、損壊財物の名称、損壊の程度、修理業者名（担当者名、電話番号）・損害見込額、等

２．保険会社が、保険金支払等の業務上必要とする範囲で、取得・利用を行い、業務委託先、医療機関、修理業者、損害賠償請求に関する関係先、等に提供あるいは登録を行います。または、これらの者から提供を受けることがあります。

以上