

[要提出書類]

この書類の
ご提出方法



パートナー関係に関する確認書

ライフネット生命保険株式会社 御中

甲および乙は、双方が合意のうえ、婚姻関係に準じた共同生活を営んでいます(以下、「パートナー関係」といいます。)。また、甲および乙は、双方が合意のうえ、今後もパートナー関係を継続して営んでいく意思を有しています。

甲は、甲が契約者および被保険者となる下記保険契約に関し、乙を死亡保険金受取人および指定代理請求人として、またはそのいずれか一方として指定するにあたり、以下の取扱を確認のうえ承諾します。

- 乙が保険金等の請求手続きを行うにあたり必要となる診療情報を含む甲の個人情報を、貴社または関係機関が、乙に対し、提供すること。
- パートナー関係が解消した場合、甲は、死亡保険金受取人または指定代理請求人を乙以外の者に指定変更すること。死亡保険金受取人または指定代理請求人の指定変更をしない場合、貴社は、甲乙間のパートナー関係が継続しているとみなすこと。

なお、保険金等の支払事由が発生した場合には、死亡保険金受取人または指定代理請求人に指定されている乙が、保険金等の請求手続きを滞りなく行うことができるよう、貴社においても、各関係機関からの各種証明書等の取得に協力していただくようお願いします。

甲は、各関係機関が、乙または貴社の求めに応じて、乙または貴社に対し、①保険金等の請求手続きに必要な各種証明書等の発行および交付に同意するとともに、②保険金等の請求手続きに必要な協力をしていただくことを求めます。

記

甲【契約者・被保険者の方が自署・捺印（スタンプ印は不可）してください】

記入日 西暦 年 月 日

住所

生年月日 西暦 年 月 日

氏名 印

乙【受取人・指定代理請求人の方が自署・捺印（スタンプ印は不可）してください】

記入日 西暦 年 月 日

住所

生年月日 西暦 年 月 日

氏名 印

対象となる保険契約

定期死亡保険（無配当・無解約返戻金型）（証券番号 XXXXXXXXXXXX）

終身医療保険（無配当・無解約返戻金型）（2014）（証券番号 XXXXXXXXXXXX）

以上