

保有個人データの利用目的の通知請求のお手続きについて

プルデンシャル生命保険株式会社では、「個人情報の保護に関する法律」における個人情報に関する本人関与を保障する趣旨より、保有個人データの利用目的の通知請求に関する手続きについて、以下の通り定めております。なお、このご請求に際して、運転免許証（コピー）等の「本人確認書類」に含まれる機微（センシティブ）情報を付随的に取得する場合がありますので、ご了承ください。
※機微（センシティブ）情報は要配慮個人情報を含みます。

1. 請求者の範囲	<ul style="list-style-type: none"> 本人（当該保有個人データによって識別される特定の個人） 本人が未成年者または成年被後見人の場合の法定代理人 通知請求につき本人が委任した代理人（以下「任意代理人」といいます） 								
2. 請求の方法	以下の3. 「必要書類」を郵送ください。								
3. 必要書類	<p>(1)保有個人データ利用目的通知請求書 (2)本人確認書類</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>本人による請求の場合</th> <th>法定代理人による請求の場合</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> 以下①～③のいずれかのコピー ●氏名・生年月日・現住所の記載のある有効期限内のものに限ります。 ①運転免許証 ②パスポート（日本国発行に限る） ③健康保険証 ※健康保険証の記号・番号・保険者番号部分はマスキング（塗りつぶし）してください。 </td> <td> 法定代理人であることを示す以下の資料のいずれか（原本） (イ) 戸籍謄本または抄本 (ロ) 住民票 (ハ) 成年後見登記事項証明書 または、後見開始審判書 ※発行日より6ヶ月以内のものをご提出ください。 </td> </tr> <tr> <th colspan="2">任意代理人による請求の場合（①と②の両方を提出願います）</th> </tr> <tr> <td> ①委任の事実を証明する書類（原本） (a) 委任状（当社所定様式） ※委任者（本人）の自署および実印の押印があるもの (b) 委任者（本人）の印鑑証明書 ※発行日より6ヶ月以内のものをご提出ください。 </td> <td> ②代理人本人であることを証明する書類 以下（ア）～（イ）のいずれかのコピー ●氏名・生年月日・現住所の記載のある有効期限内のものに限ります。 (ア) 運転免許証 (イ) パスポート（日本国発行に限る） (ロ) 健康保険証 ※健康保険証の記号・番号・保険者番号部分はマスキング（塗りつぶし）してください。 </td> </tr> </tbody> </table>	本人による請求の場合	法定代理人による請求の場合	以下①～③のいずれかのコピー ●氏名・生年月日・現住所の記載のある有効期限内のものに限ります。 ①運転免許証 ②パスポート（日本国発行に限る） ③健康保険証 ※健康保険証の記号・番号・保険者番号部分はマスキング（塗りつぶし）してください。	法定代理人であることを示す以下の資料のいずれか（原本） (イ) 戸籍謄本または抄本 (ロ) 住民票 (ハ) 成年後見登記事項証明書 または、後見開始審判書 ※発行日より6ヶ月以内のものをご提出ください。	任意代理人による請求の場合（①と②の両方を提出願います）		①委任の事実を証明する書類（原本） (a) 委任状（当社所定様式） ※委任者（本人）の自署および実印の押印があるもの (b) 委任者（本人）の印鑑証明書 ※発行日より6ヶ月以内のものをご提出ください。	②代理人本人であることを証明する書類 以下（ア）～（イ）のいずれかのコピー ●氏名・生年月日・現住所の記載のある有効期限内のものに限ります。 (ア) 運転免許証 (イ) パスポート（日本国発行に限る） (ロ) 健康保険証 ※健康保険証の記号・番号・保険者番号部分はマスキング（塗りつぶし）してください。
本人による請求の場合	法定代理人による請求の場合								
以下①～③のいずれかのコピー ●氏名・生年月日・現住所の記載のある有効期限内のものに限ります。 ①運転免許証 ②パスポート（日本国発行に限る） ③健康保険証 ※健康保険証の記号・番号・保険者番号部分はマスキング（塗りつぶし）してください。	法定代理人であることを示す以下の資料のいずれか（原本） (イ) 戸籍謄本または抄本 (ロ) 住民票 (ハ) 成年後見登記事項証明書 または、後見開始審判書 ※発行日より6ヶ月以内のものをご提出ください。								
任意代理人による請求の場合（①と②の両方を提出願います）									
①委任の事実を証明する書類（原本） (a) 委任状（当社所定様式） ※委任者（本人）の自署および実印の押印があるもの (b) 委任者（本人）の印鑑証明書 ※発行日より6ヶ月以内のものをご提出ください。	②代理人本人であることを証明する書類 以下（ア）～（イ）のいずれかのコピー ●氏名・生年月日・現住所の記載のある有効期限内のものに限ります。 (ア) 運転免許証 (イ) パスポート（日本国発行に限る） (ロ) 健康保険証 ※健康保険証の記号・番号・保険者番号部分はマスキング（塗りつぶし）してください。								
4. 手数料	900円（定額小為替証書による支払い） ※定額小為替証書は、郵便局で発行しています。900円（450円×2枚）の証書を購入し、所定の請求書とともに送付ください。								
5. 請求書の送付先	〒981-3288 宮城県仙台市泉区紫山2-1-5 プルデンシャル生命保険株式会社 カスタマーサービスセンター								
6. 回答書の送付	<ul style="list-style-type: none"> 回答には、完備した「必要書類」をカスタマーサービスセンターが受理してから一定の期間を要しますのでご了承ください。事情により回答が遅れる時はあらかじめご連絡いたします。 郵送による回答の場合は、請求書記載の住所に「簡易書留郵便」により転送不要郵便物として送付いたします。（任意代理人からのご請求の場合には、回答はご本人宛てに送付いたします） 法令の定め等によりご請求に応じられない場合もございますが、その場合には、その旨を通知させていただきます。 								

保有個人データ利用目的通知請求書

プルデンシャル生命保険株式会社 御中

「個人情報の保護に関する法律」の第32条の規定により、貴社が管理する私の保有個人データについて、当用紙の別紙記載の「保有個人データの利用目的の通知請求のお手続きについて」の内容を了解したうえで、以下のとおり請求します。なお、利用目的の通知にあたり、貴社所定の手数料を支払います。

※以下、□については、該当個所の□に✓をいれてください。

請求日:(西暦) 年 月 日

請求者	住所	〒 -		
	氏名(自署)	フリガナ	生年月日	昭・平・令 年 月 日
	電話番号	※日中にご連絡可能な電話番号をご記入ください。 () - -		
	Eメールアドレス	※電磁的記録による利用目的の通知を希望された場合の、送付先Eメールアドレスとなります。		
	※保険契約者との関係: <input type="checkbox"/> 契約者本人 <input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 保険金受取人 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 代理人			
◎請求者が代理人の場合のみ、以下の欄にご記入ください。(※任意代理人の場合は、回答の送付先とします)				
本人の状況	<input type="checkbox"/> 未成年者 <input type="checkbox"/> 成年被後見人 <input type="checkbox"/> 委任者(任意)			
本人の住所	〒 -			
本人の氏名		電話番号	() - -	
証券番号	ご請求対象となる契約証券番号を以下にご記入ください。			
	①	②	③	
	④	⑤	⑥	
	⑦	⑧	⑨	
通知請求対象者	<input type="checkbox"/> 請求者本人に関する個人情報			
	<input type="checkbox"/> 以下に記述した者に関する個人情報			
	フリガナ			
	お名前			
	現住所	〒 -		
ご請求者との関係(以下の該当する方にチェックをしてください)				
<input type="checkbox"/> 未成年者又は成年被後見人の法定代理人				
<input type="checkbox"/> 利用目的の通知の求めをすることにつき本人が委任した代理人				
【請求目的・内容等の詳細】・・・上記請求の目的を具体的にご記入ください。				
回答方法	<input type="checkbox"/> 書面 <input type="checkbox"/> 電磁的記録 ※ご希望に添えない場合がありますので予めご了承ください。 ※書面は請求書住所へ郵送いたします。(任意代理人による場合を除く)			

※ご記入いただいた個人情報につきましては、当社の「個人情報保護方針」に従って利用させていただきます。詳しくは当社ホームページ(<https://www.prudential.co.jp/>)をご参照ください。

