

同 意 書

刈谷市行方不明高齢者等SOSネットワーク事業登録に係る個人賠償責任保険加入にあたり、必要とされる個人情報を保険会社及び保険会社が委託する代理店に提供することに同意します。

また、保険請求が発生した際には、保険会社が求める情報を提供することに同意します。

令和 年 月 日

住 所

氏 名(代筆).....

※自署または記名押印してください。