

年 月 日

同意書

指定紛争処理機関

一般財団法人 自賠責保険・共済紛争処理機構 御中

住 所

氏 名

※代理申請の場合も当事者（被害者）名で記入願います。

私は、紛争処理申請にあたり、下記のことと同意します。

記

- 1 同意者が保険会社又は共済組合に対して提出した証拠書類、資料等並びに当該保険会社又は共済組合が、同意者の同意を得て独自に調査・入手している証拠書類・資料等につき、貴機構が当該保険会社又は共済組合に対して送付を求めること。
- 2 紛争処理委員の指示に基づき、貴機構が医療関係機関等に対して照会すること及び資料等の提出を依頼すること。
- 3 同意者の紛争処理申請の事由が「後遺障害の等級認定に関すること」である場合に、貴機構が、同意者の既存障害の有無を調査すること及び既存障害のあることが判明した場合に、既存障害の認定又は給付の決定に係る関係機関に対して既存障害についての資料の提出を求めること。
- 4 貴機構が個人情報保護法に則り、プライバシーに配慮したうえで貴機構と業務上関係のある機関※に対し、紛争処理手続を実施した事案及び調停結果の概要に関する情報を研修・教育目的のために提供する場合があること。
※ 保険会社又は共済組合、損害保険料率算出機構、日本弁護士連合会、交通事故紛争処理を行うその他ADR機関、交通事故相談所、関係学会
- 5 同意者が紛争処理委員会の求める書類等の提出または手続の遂行など紛争処理業務に協力すること、および紛争処理業務の進行を妨げる行為（紛争処理手続に著しい支障を及ぼす行為を含む。）を行わないこと。

以 上