

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 殿

住 所

氏 名

印

※代理申請の場合も当事者(被害者)名で記入願います。

私は、申請にあたり、指定紛争処理機関 一般財団法人 自賠責保険・共済紛争処理機構が、業務を迅速に行うため、関係機関に対し下記事項の依頼をすることについて同意致します。

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に対して治療状況等を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。

以 上