

OVERSEAS TRAVEL ACCIDENT INSURANCE CLAIM FORM

海外旅行傷害保険金請求書(裏面診断書)

TO: ASSICURAZIONI GENERALI
ゼネラル保険会社 日本本社 御中

DATE
請求日 年 月 日
Y. M. D

本書の内容が事実と相違ないことを確認し、また、下記の各項目に同意のうえ、保険金の請求をいたします。なお、本書の写真複写も本書と同じ効力があるものと認めます。

(1) 個人情報の取扱いに関する同意

貴社が本保険請求に関する個人情報を、本契約の履行、保険引受・支払いの判断、付帯サービスの提供を行うために、下記①～④まで、その他の業務上必要とする範囲で取得・利用・提供または登録する事に同意いたします。

- ① 貴社が上記業務のために、業務委託先(保険代理店を含む)、医療機関、修理業者、保険金請求・支払いに関する関係先、事故に関する関係先、等に提供を行い、またはこれらの者から提供を受けることがあること。
- ② 貴社が保険制度の健全な運営のために、(社)日本損害保険協会・外国社損害保険協会、他の損害保険会社、等に提供もしくは登録を行い、またはこれらの者から提供を受けることがあること。
- ③ 貴社が共同保険契約の締結や共同保険金等の受領のために、共同保険会社等に提供を行うこと(共同保険会社等から他の共同保険会社等への提供を含む)があること。
- ④ 貴社が再保険契約の締結や再保険金等の受領のために、再保険会社等に提供を行うこと(再保険会社等から他の再保険会社等への提供を含む)があること。

(1) AGREEMENT ON HANDLING OF PERSONAL INFORMATION

I HEREBY AUTHORIZE YOUR COMPANY TO OBTAIN, USE, OFFER OR REGISTER MY PERSONAL INFORMATION PROVIDED WITH THE BENEFIT CLAIM FOR THE PURPOSES OF FULFILLING THE CONTRACT, MAKING DECISIONS ON UNDERWRITING OR BENEFIT PAYMENTS AND PROVIDING INCIDENTAL SERVICES ON THE CONDITIONS SET OUT IN (1) TO (4) BELOW AND TO THE EXTENT NECESSARY FOR OPERATIONAL PURPOSES.

- ① YOUR COMPANY MAY OFFER THE INFORMATION TO ITS CONTRACTORS, INCLUDING INSURANCE AGENTS, MEDICAL INSTITUTIONS, REPAIR COMPANIES, ANY PARTY CONCERNED WITH THE BENEFIT CLAIM OR PAYMENT, AND ANY PARTY CONCERNED WITH THE EVENT, OR RECEIVE THE INFORMATION FROM ANY SUCH PARTIES FOR THE PURPOSE OF THE AFOREMENTIONED OPERATIONS.
- ② YOUR COMPANY MAY OFFER OR REGISTER THE INFORMATION TO THE GENERAL INSURANCE ASSOCIATION OF JAPAN, THE FOREIGN NON-LIFE INSURANCE ASSOCIATION OF JAPAN, OTHER NON-LIFE INSURERS AND SIMILAR BODIES OR RECEIVE IT FROM ANY SUCH PARTIES FOR SOUND OPERATION OF THE INSURANCE SYSTEM.
- ③ YOUR COMPANY MAY OFFER THE INFORMATION TO COINSURERS, INCLUDING A CASE IN WHICH ONE COINSURER OFFERS THE INFORMATION TO ANY OTHER COINSURER, FOR THE PURPOSE OF EXECUTING A COINSURENCE CONTRACT OR RECEIVING COINSURENCE MONEY.
- ④ YOUR COMPANY MAY OFFER THE INFORMATION TO REINSURERS, INCLUDING A CASE IN WHICH ONE REINSURER OFFERS THE INFORMATION TO ANOTHER REINSURER, FOR THE PURPOSE OF CONCLUDING A REINSURANCE CONTRACT OR RECEIVING REINSURANCE MONEY.

(2) 他保険に対する保険金請求権の委任

私はゼネラル保険会社を代理人と定め、本事故につき他の保険契約にかかる保険金の請求受領に関する一切の権限を委任します。

(2) POWER OF ATTORNEY FOR RIGHT OF CLAIM UNDER OTHER INSURANCE

I BEING LAWFULLY TO DO SO, HEREBY APPOINT ASSICURAZIONI GENERALI S.p.A MY TRUE AND LAWFUL REPRESENTATIVE FOR ME TO CLAIM AND RECEIVE INSURANCE MONEY FORM OTHER INSURANCE POLICY(ES) COVERING THE SAME RISK UNDER OVERSEAS TRAVEL ACCIDENT INSURANCE CONTRACT REGARDING THE LOSS HEREIN MENTIONED.

① PARTICULARS OF INSURANCE 保 險 契 約	請求する保険金の種類(○で囲んで下さい) KIND OF BENEFIT CLAIMED (PLEASE CIRCLE)	保 險 金 請 求 者 CLAIMANT	住所 〒 ADDRESS			
	傷害死亡 後遺障害 疾病死亡 INJURY DEATH RESID.DISABILITY DEATH DUE TO SICKNESS		氏名 NAME	TEL(自宅)		
	傷害治療費用 疾病治療費用 救護者費用 INJURY MED.EXP. SICK.MED.EXP. RESCUER'S EXP.	保 險 契 約 者 (申 込 人) APPLICANT	勤務先 OCCUPATION	TEL(勤務先)	SEX 性別	AGE 年齢
	賠償責任 携行品 LIABILITY BAGGAGE		住所 〒 ADDRESS			
旅行変更費用 航空機寄託手荷物遅延 留守宅家財盗難 ALTERATION EXP. OF TRAVEL SCHEDULE DELAYED BAGGAGE EXP. OF FLIGHT THEFT OF HOUSEHOLD EFFECTS WHILE MAKING THE HOUSE ABSENCE		氏名 NAME	保険金請求者と異なる場合のみ記入			
証券・契約番号 POLICY OR CERTIFICATE NO.		保険期間 INSURANCE PERIOD	年 月 日 年 月 日 YEAR MONTH DAY YEAR MONTH DAY	代理店 AGENT	(株)セントラル インシュアランス	

② 同一危機を担保する他の保険契約、海外旅行傷害保険付帯のクレジットカードがありますか。

DO YOU HAVE ANY CONCURRENT INSURANCE OR CREDIT CARD(S) COVERING THE SAME RISK?

(YES 有 NO 無)

有の場合、下記ご記入下さい。 IF YES, PLEASE WRITE BELOW.

(1) 他に契約されている保険 OTHER INSURANCE (傷害保険、賠償責任保険、動産総合保険 等を含む)

会社名 () 証券番号 ()

会社名 () 証券番号 ()

(2) 海外旅行傷害保険付帯のクレジットカード CREDIT CARD(S)

クレジットカード名 () クレジットカード番号 ()

クレジットカード名 () クレジットカード番号 ()

クレジットカードのコピー(両面とも)、パスポートのコピー(顔写真が写っている部分、今回のご旅行の日本出入国スタンプが押されている部分)を添付して下さい。

なお、今回請求する保険金を受領したのちに、上記以外に他の同種の保険契約があった場合は、それがあったとして算出されたこの保険契約の支払保険金と、既に受領した保険金との差額については、直ちに弊社に返還していただきます。

③ 病気・事故の状況(携行品・賠償事故を含む) DETAILS OF OCCURRENCE	
病気・事故の発生した日時 DATE AND TIME OF OCCURRENCE 年 (Y) 月 (M) 日 (D) 午前 A.M. 午後 P.M.	病気・事故の状況 CIRCUMSTANCES
発生した場所 PLACE OF OCCURRENCE	
以前に同様の病気・ケガで治療を受けたことがありますか。 HAVE YOU HAD ANY TREATMENT(S) FOR SIMILAR SICKNESS/INJURY BEFORE? YES 有 ・ 無 NO 有の場合 IF YES, PLEASE WRITE. 受診日 DATE 年 YEAR 月 MONTH 日 DAY 病院名 HOSPITAL	
事故の証人の名前と連絡先 WITNESS OF ACCIDENT, IF ANY 氏名 NAME(SIGNATURE) (印) 連絡先 ADDRESS TEL	病気・ケガの症状 NATURE AND CONDITION OF SICKNESS OR INJURY 治療費用の額 AMOUNT OF MEDICAL EXPENSES INCURRED

④ 携行品事故 BAGGAGE CLAIM					
盗難事故の場合 THEFT OR BURGLARY			航空会社に寄託中の事故の場合 IN CASE ACCIDENT OCCURRED IN AIRPLANE		
届出警察署 POLICE		受理番号 REPORT NO.		航空会社名 AIRLINE COMPANY	
届出年月日 DATE 年 月 日				事故の届出をした空港 AIRPORT	
損害品目(型式・品番等詳細に) DAMAGED ITEM	数量 Q'NTY	購入価格 PRICE	購入した場所・店 PLACE OF PURCHASE	購入年月日 DATE OF PURCHASE	損害の状態 NATURE OF DAMAGE

⑤ 保険金振込指定書 保険金は下記の指定口座にお支払い下さい。振込をもって支払がなされたものと認めます。 PLEASE REMIT THE INSURANCE BENEFITS TO THE BANK ACCOUNT BELOW. I ADMIT THAT REMITTANCE SHALL CONSTITUTE PAYMENT THEREOF.	
お振込先 金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 BANK 支店 BRANCH <input type="checkbox"/> 座 <input type="checkbox"/> 普通(総合も含む) SAVINGS <input type="checkbox"/> 当座 CHECKING 口座番号 ACCOUNT NO.
フリガナ	保険金請求者ご署名・捺印(保険金請求者欄にて使用した印をご捺印ください。)
口座名義	ACCOUNT NAME (フリガナを必ずおつけください) TEL ご連絡先でんわ () (印)

⑥

AUTHORIZATION

I HEREBY AUTHORIZE ANY HOSPITAL, PHYSICIAN OR OTHER PERSON WHO HAS ATTENDED OR EXAMINED ME, TO FURNISH TO THE COMPANY, OR TO AUTHORIZED REPRESENTATIVE, ANY AND ALL INFORMATION WITH RESPECT TO ANY SICKNESS OR INJURY, MEDICAL HISTORY, CONSULTATION PRESCRIPTIONS OR TREATMENT, AND COPIES OF ALL HOSPITAL OR MEDICAL RECORDS. A PHOTO STATIC COPY OF THIS AUTHORIZATION SHALL BE CONSIDERED AS EFFECTIVE AND VALID AS THE ORIGINAL.

同意書

被保険者は診断又は治療したすべての病院医師及関係者が、保険会社又はその指名する者に、被保険者に関するすべての疾病、傷害の記録を提供することを、下記署名人は承認致します。なお本書の写真複写も本書と同じ効力があるものと認めます。

SIGNATURE OF INSURED 被保険者の署名

SIGNATURE OF CLAIMANT 請求者の署名

ADDRESS 住所

ADDRESS 住所

⑦

ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT 診断書

PATIENT'S NAME 患者氏名		PATIENT'S DATE OF BIRTH 患者生年月日 Month(月) Day(日) Year(年)		
DIAGNOSIS 診断名				
NATURE & CONDITION OF INJURY OR SICKNESS 傷害又は疾病の状態及経過				
HAS PATIENT EVER HAD SAME OR SIMILAR SYMPTOMS? 患者は以前に同様の症状を訴えたことがありますか? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		IS CONDITION DUE TO PREGNANCY? 妊娠による病気ですか? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		
DATE WHEN CURRENT ILLNESS (First symptom) APPEARED OR INJURY (Accident) OCCURRED 発症日、受傷日 Month(月) Day(日) Year(年)		PLACE OF ACCIDENT 事故発生場所 Month(月) Day(日) Year(年)		
IF PATIENT HAS HAD SAME OR SIMILAR PRIOR ILLNESS, PLEASE GIVE FIRST DATE OF MANIFESTATION. 既往症有りの場合、最初の発症日をご記入下さい。				
WHEN DID PATIENTS SYMPTOMS FIRST APPEAR? 疾病の徴候は最初何時現れましたか?				
IF SURGICAL OPERATION PERFORMED, DESCRIBE FULLY 外科手術を受けた場合はその詳細を明記して下さい。				
WHEN DID PATIENT FIRST CONSULT YOU FOR THIS CONDITION? 患者がこの症状で始めて診察に来た日 Date(日付) Month(月) Day(日) Year(年) Time(時間)		DESCRIBE ANY OTHER DISEASE OR INFIRMITY AFFECTING PRESENT CONDITION: 現在の状態に影響する他の疾患を書いて下さい。		
WAS PROFESSIONAL NURSING REQUIRED? 職業看護婦の付添が必要でしたか <input type="checkbox"/> YES 要す <input type="checkbox"/> NO 要せず		IF YES: 必要期間 FROM 自 TO 至迄		
GIVE DATE OF TREATMENT AND TYPE OF TREATMENT RENDERED 治療の期日と治療の分類 <input type="checkbox"/> OUT PATIENT 外来 FROM 自 TO 至 <input type="checkbox"/> HOME VISIT 往診 FROM 自 TO 至				
DATE ADMITTED 入院年月日 DATE 日付 Month(月) Day(日) Year(年)		DATE DISCHARGED 退院年月日 DATE 日付 Month(月) Day(日) Year(年)		
IS PATIENT STILL UNDER YOUR CARE FOR THIS CONDITION? 患者は未だ治療中ですか <input type="checkbox"/> YES はい <input type="checkbox"/> NO いいえ		DATE OF RECOVERY OR TRANSFER 何時治療又は転医しましたか DATE 日付 Month(月) Day(日) Year(年)		
IF PATIENT HOSPITALIZED, GIVE NAME, TELEPHONE AND ADDRESS OF HOSPITAL 入院したならばその病院名及住所・電話番号				
FEATURE OF DISMEMBERMENT OR CONTINUOUS TOTAL DISABILITY, IF ANY. 後遺症				
ITEMIZE AMOUNT PAID TO HOSPITAL &/ OR DOCTOR 治療実費(項目別に)				
CONSULTATION FEE 診療費		X-RAY EXAMINATIONS X線検査費		LABORATORY TESTS 諸検査費
MEDICATION 医薬費		HOSPITALIZATION 入院費		OPERATION 手術費
PROFESSIONAL NURSING 職業看護婦費		SURGICAL DRESSING 治療材料費		OTHER CHARGES その他治療費
TOTAL 合計				
ADDRESS 住所		TEL		
DATE 日付				
SIGNATURE 署名または 記名捺印				⑧
ATTENDING PHYSICIAN 担当医				