

海外旅行傷害保険金請求の記載例

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 横中

DATE 2011年3月19日

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上、保険金の請求を行います。なお、本書の写取等も本件と同様に効力があると認められます。

- 個人・団体の同意に関する事項
 - 貴社が本保険請求に関する個人情報を、本契約の履行、保険料の支払い、他の補償サービスを提供を行うために、下記1～4まで、その他の用途に上乗せする場合は取得・利用・提供または開示等に同意いたします。
 - 1項が上記範囲のみに、且、保険料先(保険代理店を含む)、医療機関、治療費、保険金請求・支払いに関する関係先、事故に関する関係先、等に提供を行います。またはこれらの者の記録を保持いたします。
 - 貴社が当該情報の収集や再提供等のために、(社)日本損害保険協会・外国損害保険協会・他の損害保険会社、等に提供または開示を行い、またはこれらの者の記録を保持することがあること。
 - 貴社が再提供目的の提供や再提供等の開示のために、共同損害保険会社に提供を行うこと(共同損害保険会社等が他の損害保険会社等への提供を含む)があること、貴社が再提供目的の提供や再提供等の開示のために、再保険会社等に提供を行うこと(再保険会社等が他の損害保険会社等への提供を含む)があること。

- AGREEMENT ON HANDLING OF PERSONAL INFORMATION

I HEREBY AUTHORIZE YOUR COMPANY TO OBTAIN, USE, CARRY 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.
- YOUR COMPANY MAY OFFER OR REGISTER 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 AFORESAID OPERATIONS.
- YOUR COMPANY MAY OFFER OR REGISTER THE INFORMATION TO THE GENERAL INSURANCE ASSOCIATION OF JAPAN, THE FOREIGN NONLIFE INSURANCE ASSOCIATION OF JAPAN, OTHER NONLIFE INSURERS AND SIMILAR BODIES OR RECEIVE IT FROM ANY SUCH PARTIES FOR SOUND OPERATION OF THE INSURANCE SYSTEM.
- YOUR COMPANY MAY OFFER THE INFORMATION TO CONSUMERS, INCLUDING A CASE IN WHICH ONE CONSUMER OFFERS THE INFORMATION TO ANY OTHER CONSUMER, FOR THE PURPOSE OF EXECUTING A COINSURANCE CONTRACT OR RECEIVING COINSURANCE MONEY.
- 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.

① 請求する保険金の種類 (○で囲んで下さい)

KIND OF BENEFIT CLAIMED (PLEASE CIRCLE)

住所 〒107-6930 東京都港区赤坂1-12-32

請求者名 赤坂 三郎 TEL: 03-5562-8691

職業 会社員 OCCUPATION (会社員) TEL: 03-5562-8691

住所 〒1234567 東京都港区赤坂1-12-32

請求者名 赤坂 三郎 TEL: 03-5562-8691

職業 会社員 OCCUPATION (会社員) TEL: 03-5562-8691

保険証券番号 POLICY OR CERTIFICATE NO. J1234567

請求期間 INSURANCE PERIOD 2011年3月1日 2011年3月15日

② 同一危険を担う他の保険契約、海外旅行傷害保険付帯のクレジットカード(s)をカバーしています。

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

(YES) () (NO) ()

有の場合、下記をご記入下さい。 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、自動車保険 等を含む)

会社名 () 〇〇海上保険 () 証券番号 () 1234 R5678 ()

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 () JCB () クレジットカード番号 () 1234-5678-9123-4567 ()

クレジットカード名 () VISA () クレジットカード番号 () 1234-5678-9123-4567 ()

クレジットカード名 () 〇〇カード () クレジットカード番号 () 1234-5678-9123-4567 ()

なお、全額請求する保険金を得られないものに、上記以外に他の同種の保険契約がある場合は、それが適用して算出されたこの保険契約の支払保険金と、既に支払った保険金との差額については、返金に回していただきます。

③ 病気・事故の状況 (携行品・賠償事故を含む) DETAILS OF OCCURRENCE

病気・事故の発生日付 DATE AND TIME OF OCCURRENCE 2011年3月10日 午前 4:00 A.M.

病気・事故の状況 CIRCUMSTANCES ホテルの回転扉に左手を挟まれます。その際、手に持っていたカメラのストラップが扉に引っかかり、カメラが落下した。

発生した場所 PLACE OF OCCURRENCE イタリア ミラノ AGSホテル

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 () NO ()

有の場合、下記を記入して下さい。 IF YES, PLEASE WRITE.

発症日 年 月 日

病院名 HOSPITAL

事故の証人の名前と住所 WITNESS OF ACCIDENT, IF ANY

氏名 (NAME/SIGNATURE) 溜池 花子

住所 ADDRESS 東京都港区赤坂1-12-33

TEL 03-5562-8690

病気・ケガの症状 NATURE AND CONDITION OF SICKNESS OR INJURY 左手人差し指、中指打撲

治療費用の額 AMOUNT OF MEDICAL EXPENSES INCURRED 3000円

④ 携行品事故 BAGGAGE CLAIM

盗難・窃盗の発生 窃盗 THEFT OR BURGLARY

盗難日時 DATE 年 月 日

盗難品名 (品名、品番等詳細) DAMAGED ITEM カメラ

品名: XXXX 型番: C12345

購入金額 PRICE ¥50,000

購入場所(店名) PLACE OF PURCHASE 新宿Oxカメラ

購入年月日 DATE OF PURCHASE 1999.3.20

損害の状況 NATURE OF DAMAGE ホテルの回転扉に挟まれ、ストラップが引っかかり、カメラが落下した。修理費用を請求する。

修理費用の額 AMOUNT OF REPAIR EXPENSES INCURRED ¥20,000

⑤ 保険金振込先 保険金は下記の指定口座に支払います。振込をもって支払いをなされたものと認めます。

PLEASE REMIT THE INSURANCE BENEFITS TO THE BANK ACCOUNT BELOW. I AGREE THAT REMITTANCE SHALL CONSTITUTE PAYMENT THEREOF.

外票先 赤坂 信用金庫 溜池 支店

金融機関名 BANK 〇〇信用金庫

支店 BRANCH

口座番号 ACCOUNT NO. 1234567

名義人 ACCOUNT NAME 赤坂 三郎

住所 ADDRESS 東京都港区赤坂1-12-32

TEL 03-5562-8691

署名 SIGNATURE 赤坂 三郎

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, PHYSICIAN, OR MEDICAL RECORDS. A PHOTO STATIC COPY OF THIS AUTHORIZATION SHALL BE CONSIDERED AS EFFECTIVE AND VALID AS THE ORIGINAL.

同意書

署名 SIGNATURE OF PREPARED 赤坂 三郎

住所 ADDRESS 東京都港区赤坂1-12-32

署名 SIGNATURE OF CLAIMANT 赤坂 三郎

住所 ADDRESS 東京都港区赤坂1-12-32

書類作成日をご記入下さい。

押印をお忘れなく

携行品損害の場合、携行品損害を担保する他の保険契約もご記入下さい。

やむをえない理由で、警察や航空会社等の事故証明書が取得できない場合は同行者(ご家族以外の方)にご記入いただいで下さい。(同行者の押印もお忘れなく)

具体的にご記入下さい。

お支払いの済の治療費用をご請求いただく場合は領収証を添付して下さい。治療費をお支払いにならずに帰国されて、現地の病院から請求書が送付されてきた場合には、請求書を添付して下さい。(弊社から直接病院に送金致します)

品目が多い場合は別紙(レポート用紙等)にご記入ください。また購入時の領収証・保険書をお持ちの場合は、それらを添付して下さい。破損の場合は、写真・修理費用の見積書(領収証)または修理不能証明を添付して下さい。購入価格は定価ではなく、実際の購入額をご記入下さい。

治療を受けた場合は両方ともご記入、ご捺印下さい。

必要書類

請求する保険金の種類	請求書記入箇所	必要書類
疾病・傷害治療費用	①②③⑥⑥	申込書または契約証 医師の診断書 治療費、薬代の領収証 パスポートコピー (顔写真が写っている部分、今回の旅行の日本出入国スタンプが押されている部分)
携行品(盗難)	①②③④⑤	申込書または契約証 損害品の領収証・保証書 事故の証明書 (警察署、ホテル、航空会社または添乗員から貰う) パスポートコピー (顔写真が写っている部分、今回の旅行の日本出入国スタンプが押されている部分)
携行品(破損)	①②③④⑤	申込書または契約証 損害部分を写した写真 修理見積書 事故の証明書 (警察署、ホテル、航空会社または添乗員から貰う) パスポートコピー (顔写真が写っている部分、今回の旅行の日本出入国スタンプが押されている部分)

※⑦の診断書につきましては医師に記入してもらってください。病院備え付けの用紙でも結構です。
※上記以外の書類をお願いする場合がございます。
※弊社「海外旅行傷害保険ハンドブック」の保険金ご請求手続き(P16~)をご参照ください。

代理店受付日	保険会社受付日