



OVERSEAS TRAVEL ACCIDENT INSURANCE CLAIM FORM

海外旅行保険金請求委任状・同意書

エイチ・エス損害保険株式会社 御中 To H. S. Insurance Co., Ltd.

下記の内容が事実と相違ないことを確認し、海外旅行保険金を請求いたします。

*** 被保険者(患者様)記入欄-① 枠の中をご記入ください Patient Use Only <2枚目の記入欄-②「他の保険契約」へのご記入もお願いいたします。>

① 被保険者名(保険の対象者) Name of the Insured : _____

(被保険者が未成年の場合)親権者ご署名 Signature of the Patient or Legal Guardian : _____

② 契約証番号 Certificate or Policy Number : _____

③ 生年月日(西暦) Date of Birth (yyyy/mm/dd) : _____ 年 _____ 月 _____ 日

④ 住所(日本) Address in Japan: _____ (連絡先番号 Tel: _____)

⑤ 住所(現地) Current Address: _____ (連絡先番号 Tel: _____)

⑥ 事故日 Date of Incident (yyyy/mm/dd): _____ 年 _____ 月 _____ 日

⑦ 病気・怪我・事故の状況 Description of Symptom / Injury: _____

保険金請求委任状 兼 同意書

1. 医療調査が必要な場合: 私を診療または治療した全ての病院、医師および関係者が、エイチ・エス損害保険(株)またはその指定するものに、私に関する全ての疾病、傷害の記録を提供することおよびエイチ・エス損害保険(株)が私の保険金請求に関する事項を上記医療機関に開示することに同意します。

In the event that medical investigation is required: I hereby authorize any hospital, physician, or other person who has attended or examined me to furnish to H.S. Insurance Co., Ltd. ('the company') or its authorized representative any and all information with respect to any sickness or injury, medical history, consultation, prescriptions or treatment, as well as copies of all hospital or medical records. Also, I authorize the company to disclose my personal information in connection with the insurance claim relating to myself to the above-mentioned parties.

2. 同一危険を担保する他の保険契約がある場合: 同一危険を担保する他の保険契約があり、他の保険の支払い責任分担額も含めてエイチ・エス損害保険(株)が一括して保険金を支払った場合は、私はエイチ・エス損害保険(株)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、他の保険の支払責任負担分を回収することに同意します。

3. 他の保険会社への照会等: 私に関する一切の保険契約及び保険金請求に関する事項について、エイチ・エス損害保険(株)が(社)日本損害保険協会・外国損害保険協会・損害保険両立算出機構・他の損害保険会社・共済等に照会をし、また、これらのものに対し情報を開示することに同意します。

4. 再保険出再契約の場合: 再保険会社における当該保険契約の保険金・給付金等支払いに関する利用のために、エイチ・エス損害保険(株)が当該業務遂行に必要な個人情報を再保険会社に提供することに同意します。

<弊社の個人情報取扱いについて> 弊社および弊社の会社の関連会社・提携会社は、お客様の個人情報を、保険引受けの判断、保険事故への対応、保険金のお支払いおよび各種商品・サービスの提供・案内を行う為に利用させていただきます。詳しくは弊社ホームページ「個人情報保護宣言」をご参照下さい。

ご記入日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 被保険者名 Insured's name: _____
(未成年の場合は親権者) Guardian for juvenile

<2枚目の記入欄-②「他の保険契約」へのご記入もお願いいたします。>

Please send this form WITH :

- ☐ Original invoice of medical expenses
- ☐ Copy of insurance certificate or insurance card
- ☐ Passport photocopies (page showing facial photo and page showing dated Japan departure stamp)

To: Emergency Assistance Thailand Co.,Ltd
9th Floor, Prime Building 24 Sukhumvit 21 (Asoke) Klongtoey-nua
Wattana Bangkok Thailand 10110
Tel:(66)2-302-6179 (365days 24hrs Japanese available) Fax:(66)2-665-7283

被保険者(患者様)記入欄-② 他の保険契約 Other Insurance

1. クレジットカードには海外旅行保険が自動付帯されている場合がございます。お持ちのクレジットカードについてチェックをお付け下さい。
Some credit cards automatically provide the cardholder with overseas travel insurance benefits. Please indicate the credit cards you are carrying by ticking the appropriate boxes.

☐ NICOS カード ☐ DC ゴールドカード ☐ UC ゴールドカード ☐ VISA ゴールドカード ☐ VISA エグゼクティブ ☐ VISA アミティエ
☐ JCB ゴールドカード ☐ JCB ネクサス・グランデカード ☐ スカイウォーカーゴールドカード ☐ ダイナースカード ☐ オリコカード(国際)
☐ JAL カード ☐ ANA カード ☐ セゾンカード ☐ ジャックス国際カード ☐ ライフ国際カード ☐ アメックスカード
☐ その他 () カード番号欄() ()

2. 他に契約されている海外旅行保険はございますか。または海外旅行保険以外で携行品損害・治療費等の同等の損害を対象とする他の保険契約がございましたか。Are you covered under another overseas travel insurances policy in addition to the above? Or are you otherwise insured against baggage or medical losses incurred while traveling?

☐ あり

保険会社名 Name of insurance companies	契約証番号・証券番号 Certificate numbers

☐ なし

3. 今回の事故について他の保険会社又はクレジットカード会社へ事故報告をされていますか。
Has the current incident already been reported to another insurer or credit card issuer?

☐ はい 会社名 _____ TEL _____ 担当者名 _____ 報告時刻 _____

☐ なし

*上記の重複保険がある場合には、約款の定めに従って、他の保険会社と分担して保険金をお支払いします。

When more than one insurance policy is in effect, compensation for your loss will be shared between the respective insurers as provided under the terms of their respective policies.

***** 医師記入欄 Attending Physicians Statement**

1. Diagnosis: _____
2. Date when symptom first appeared (dd/mm/yyyy): _____ / _____ / _____
3. Date of first visit for this condition (dd/mm/yyyy): _____ / _____ / _____
4. Name of surgical operation if any: _____
5. Description of dismemberment or other injury resulting in disability: _____
6. Any chronic disorders affecting the present condition: _____
- Was any treatment for this symptom carried out before? If yes, give us the date and name of doctor/ hospital.
Yes / No Date: _____ / _____ / _____ Name of the doctor/ hospital: _____
- Is this disease/sickness related to dental/pregnancy/childbirth or miscarriage?

- Is the patient undergoing any continuing treatment for a chronic disorder?

- Is this a routine regular physical examination or vaccination?

Name and phone number of hospital or doctor: _____

Treatment date: (dd/mm/yyyy) _____ / _____ / _____ Amount of Claim: (Currency) _____