

海外旅行保険金請求書 OVERSEAS TRAVEL INSURANCE CLAIM FORM

東京海上日動火災保険株式会社 宛 TO:Tokio Marine & Nichido Fire Insurance Co., Ltd.



同意事項
AUTHORIZATION

本書の内容が事実と相違ないことを確認し、保険金を請求いたします。保険金請求にあたり、下記の項目に同意いたします。なお、本書の写も本書と同じ効力があるものと認めます。

I request the payment of insurance claims in agreement with the content hereof and the following descriptions. I agree to regard a copy of this form as effective as the original.

1. 傷害・疾病に関する請求の場合

東京海上日動火災保険株式会社またはその指定する者(以下、「貴社」という)が保険金の支払いをするために必要な範囲で、各種情報等^(*)を取得・利用することに同意します。

^(*): 被保険者の治療の内容・症状の程度を確認するために必要な診断書・診療報酬明細書等の医療情報、および請求権者・相続人を確認するために必要な戸籍関連情報を含みます。

2. 重複保険がある場合

同一の損害または費用に対して、本保険請求の対象となる保険契約および他の保険契約等(保険契約・共済契約等同一の損害または費用に対して保険金等を支払う契約をいいます。以下同様とします)から、保険契約で定められた保険金等の額を超えて保険金等の支払を受けた場合には、保険契約で定められた保険金等を超えた額について、貴社または他の保険契約等の損害保険会社・共済等へ直ちに返還します(貴社または他の保険契約等の保険会社・共済から返還方法の指定があった場合には、その方法に従います)。また、他の保険契約等がある場合、貴社がその保険契約等の損害保険会社・共済等に対して貴社の負担部分を超える額を求償することに同意します。

3. 他の保険会社等への照会等

他の保険契約等がある場合、私は、貴社がその保険契約等の損害保険会社・共済等に対して、貴社の負担部分を超える額を求償するために必要な情報(支払責任額等契約の内容・損害額等事故に関する情報、支払保険金等に関する情報)を提供すること、また、その損害保険会社・共済等から提供を受け利用すること、その損害保険会社・共済等が貴社へ提供すること、また、貴社から提供を受け、利用することについて同意します。

【個人情報の利用目的】

貴社および東京海上グループ各社は、お客様の個人情報を、保険引受の判断・保険事故への対応、保険のお支払いおよび各種商品、サービスの提供・要問い合わせのために利用させていただきます。

1. Cases of illness or injury

I agree that Tokio Marine & Nichido Fire Insurance Co., Ltd. or its proxy (the company) uses information necessary for payment of insurance claims (*).

(*): Such information means details such as a doctor of medicine's certificate and a medical bill to verify the insured's symptom and the extent of treatment given to him/her, as well as family register to verify the identities of the claimant(s) and inheritor(s).

2. Cases of concurrent insurance

If, under this insurance contract and any other concurrent similar insurance contracts and/or mutual aid contracts, I receive claims exceeding the limit of liability provided for under this contract, I agree to return any amount in excess of such limit of liability immediately to the company and any other insurance companies and/or mutual aid associations concerned following instructions, if any, from them. Also, if there exist any other concurrent similar insurance contracts, I confirm my agreement to an action taken by the company against the insurers of such contracts to pay amounts in excess of the portion borne by the company.

3. Inquiries, etc. to any other insurance companies, etc.

If there are any other concurrent similar insurance contracts, I agree that the company provides the insurers or associations concerned with information necessary for claiming the payment of amounts exceeding the company's limit of liability, that the company receives and uses such information received from those insurance companies and mutual aid associations, and vice versa.

[PURPOSES OF USING CUSTOMERS' PERSONAL INFORMATION]

Tokio Marine & Nichido Fire Insurance Co., Ltd. and each company of the Tokio Marine Group may use customers' personal information for purposes of making underwriting decisions, attending to accidents and proceeding with the settlement of insurance claims, as well as providing insurance products and services to their customers.

左記④の記入例をご参照のうえ、正確にご記入ください。

1 保険金のご請求 契約内容

記入日(請求日)	平成 年 月 日							
保 険 金 請 求 者 CLAMANT	フリガナ	〒	—	印	電話番号 TEL	日中 連絡先	—	—
	ADDRESS	記名捺印 あるいは 署名 SIGNATURE	様			自宅	—	—
	※保険の対象者が未成年の場合、親権者の方が請求者になります。							
被 保 険 者 INSURED	フリガナ	□ 保険金請求者に同じ			□ 男 (MALE)	生年月日 DATE OF BIRTH	大正 昭和 平成	年 月 日 生()歳
	DYED NAME	INSURED'S NAME	様	勤務先 OCCUPATION		—	—	
契 約 内 容 POLICY NO.	証券・契約証 番号 POLICY NO.	保険期間 INSURANCE PERIOD	年 月 日 ～ 年 月 日	営業店コード OFFICE NO.	代理店コード AGENT NO.			

2 委任状

▶保険金ご請求手続きを代理の方に委任される場合のみご記入ください。

委 任 者 DOLY	私は上記記載の保険金請求者を代理人と定め、本件に係る海外旅行保険金の請求受領に関する一切の権限を委任します。		記名捺印あるいは署名 (未成年者の場合は親権者)	フリガナ
	フリガナ	〒	—	印

3 保険金振込先

保険金は下記に指定する金融機関口座へお支払いください。振込をもって支払い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.								
保 険 金 受 取 口 座 ACCOUNT NAME	口座名義(カタカナ) ACCOUNT NAME							
	金融機関(ゆうちょ銀行以外) BANK							
□ 銀行 □ 信金 □ 信組 □ 農協	□ 支店 BRANCH	支店コード(3ヶタ) BRANCH No.	ゆうちょ銀行 JAPAN POST BANK					
			※通帳の「郵便振替口座開設(送金機能)」欄に○が付されていることを 予めご確認ください。					
□ 総合 SAVINGS	□ 普通 CHECKING	□ 当座 SAVINGS	□ 賢 SAVINGS	□ 口座番号 ACCOUNT No.	通帳番号(5ヶタ) 1 1 1 1 0			通帳記号(8ヶタ)

外貨を日本円に換算してお支払いする場合は、お支払いが確定した日の前日の交換比率を適用いたします。

代理店受付印	弊社受付印
--------	-------

裏面もご記入ください

右記P3の記入例をご参照のうえ、正確にご記入ください。

4 他の保険契約

他の 保険 契約	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ►「有」の場合は、以下をご記入ください。	
	保険会社名 海外旅行保険が付帯されているクレジットカード名称 □ DC <input type="checkbox"/> JCB <input type="checkbox"/> AMEX <input type="checkbox"/> ダイナース <input type="checkbox"/> 三井住友VISA □ JAL <input type="checkbox"/> ANA <input type="checkbox"/> UC <input type="checkbox"/> その他()	証券番号 カード番号

5 被害またはおけが・ご病気の内容、および保険金請求額

事故日・受傷日・初診日 DATE & TIME	年 月 日 □ AM <input type="checkbox"/> PM : 頃(現地時間)	国名・場所 PLACE
被害・おけが・ご病気の状況 CIRCUMSTANCES		
被 害 ・ 治 療 の 状 況	請求種類	<input type="checkbox"/> おけが・ご病気のご請求(Medical Exp) <input type="checkbox"/> 携行品のご請求(Baggage) <input type="checkbox"/> 賠償責任(Liability) <input type="checkbox"/> 死亡(Death) <input type="checkbox"/> 航空機寄託手荷物遅延(Baggage Delay Exp) <input type="checkbox"/> 航空機遅延(Airline Delay Exp) <input type="checkbox"/> 偶然事故対応費用(Accident Handling Exp) <input type="checkbox"/> 旅行変更費用(Alteration Exp) <input type="checkbox"/> その他(Others)
	保険金請求額 AMOUNT OF CLAIM	費目 金額
支払通貨で ご記入ください	<input type="checkbox"/> 治療費・入院費 <input type="checkbox"/> 食事代 <input type="checkbox"/> 交通費	
	保険金請求合計額(TOTAL)	
証人欄 (ご病気の請求の際は 記入不要です)	上記の通り事故を確認します 名前	住所 TEL 被保険者との関係
警察届出 (ご病気の請求の際は 記入不要です)	届出官公署名	受理番号

6 おけが・ご病気に関するご請求

►治療費用が10万円以上となる場合は、病院からの診断書を必ずお取り付けください。

診断書 P4

治療 費 など	病院名 HOSPITAL NAME	
	①今回請求されるおけが・ご病気について、保険期間開始前から治療を受けているものも含まれますか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
	②今回のおけが・ご病気で入院されましたか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
	③現地で「キャッシュレス・メタカル・サービス」をご利用されましたか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ►上記「病院名」欄のご記入をお願いします。
	④入院または通院のために要した交通費はありますか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ►交通機関・区間をご記入ください。

7 携行品損害のご請求

携 行 品 損 害	品名(メーカー・型式) STOLEN/DAMAGED ITEM	数量 QUANTITY	購入店 STORE PURCHASED	購入価格 PRICE PURCHASED <input type="checkbox"/> 単品 <input type="checkbox"/> セット(本) 円	購入年月日 DATE PURCHASED	領収書・ 保証書の有無	弊社使用欄
				<input type="checkbox"/> 単品 <input type="checkbox"/> セット(本) 円		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
				<input type="checkbox"/> 単品 <input type="checkbox"/> セット(本) 円		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
				<input type="checkbox"/> 単品 <input type="checkbox"/> セット(本) 円		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
				<input type="checkbox"/> 単品 <input type="checkbox"/> セット(本) 円		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
スーツケース修理サービス*をご希望されますか?					<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
*サービスご利用方法詳細は海外旅行保険ハンドブックをご参照ください。スーツケースは、弊社から「スーツケース修理サービスのご案内書」を取り寄せいただきたいうえで、弊社指定の修理会社へ直接お送りいただくこととなります。なお、本サービスのご提供は日本国内に限り、ご契約に免責金額(自己負担額)が設定されている場合には、本サービスはご提供いたしかねます。							

診断書

ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT (医師の診断書)

治療費用が10万円以上となる場合は、病院から以下の診断書を必ずお取り付けください。

Patient's Name (Last Name, First Name) (患者氏名) (姓) (名)	Patient's Birthday (患者生年月日) Month (月) Day (日) Year (年)	Sex (性別) <input type="checkbox"/> M (男) <input type="checkbox"/> F (女)
Date when current illness(first symptom) appeared or injury (accident) occurred (発症日・受傷日) 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、最初の発病日をご記入ください) Month (月) Day (日) Year (年)	
Diagnosis or condition if illness or injury (診断名または症状)		
If patient is injured, please give place of accident. (傷害事故の場合、受傷場所をご記入ください)		
Date of services (治療または入院期間) Month (月) Day (日) Year (年) Month (月) Day (日) Year (年)		
Home visit(s) (往診) From _____ (から) To _____ (まで)	How many? _____ Times (回)	
Outpatient care (外来通院) From _____ (から) To _____ (まで)	How many? _____ Times (回)	
Hospitalization (入院) From _____ (から) To _____ (まで)		
Itemized amount paid to hospital, clinic &/or doctor (治療実費の明細)		
Consultation fee (診療費)	Laboratory tests (諸検査費)	Medication (医薬費)
Hospitalization (入院費)	Operation (手術費)	Other charges (その他治療費)
Total (合計)		Date of final assessment (診断日) M (月) D (日) Y (年)
		<input type="checkbox"/> 1. Healed (治癒) <input type="checkbox"/> 2. Treatment is continuing (継続中) <input type="checkbox"/> 3. Referred (転院・転医) <input type="checkbox"/> 4. Discontinued (中止) <input type="checkbox"/> 5. Death (死亡)
Address (住所)		
Phone number (電話番号)		
Fax number (FAX番号)		
Date of preparation (作成日付) Month (月) Day (日) Year (年)		
Signature (署名または記名捺印) of attending physician (担当医)		

記入例 ① ~ ③ 下記記入例をご参考のうえ、正確にご記入ください。

1 保険金のご請求 契約内容

記入日 (請求日) 平成 20 年 4 月 30 日	① 押印をお忘れなく。		
保険金請求者 住所 ADDRESS 〒 100-8050 東京都千代田区丸の内 1-1			
被保険者 氏名 INSURED NAME <input checked="" type="checkbox"/> 保険金請求者と同じ 様	① 安心 太郎 様	電話番号 TEL 日中 090-000-0000 連絡先 03-000-0000 自宅 E-mail XXXXXXX@XXX.ne.jp	
契約内容 証券・契約証番号 POLICY NO. 9876543210 ②	②	生年月日 DATE OF BIRTH 大正 年和 平成 44 年 1 月 1 日生 (40 歳) 勤務先 OCCUPATION 東海日動工業 (株)	保険期間 INSURANCE PERIOD 営業店コード OFFICE NO. 1234 ~ 2009 年 5 月 1 日 代理店コード AGENT NO. 5678

2 委任状

② 保険証券または契約証のコピーを添付してください。		
委任者 フリガナ	私は上記記載の保険金請求者を代理人と定め、本件に係る海外旅行保険金の請求受領に関する一切の権限を委任します。	記名捺印あるいは署名 (未成年者の場合は親権者)
住 所	印	

3 保険金振込先

保険金受取口座 口座名義 (カタカナ) アンシン タロウ	③ 保険金の振込先になりますので、誤りがないよう、正確にご記入ください。 (ゆうちょ銀行への振込希望の方は、ゆうちょ銀行の欄に口座情報を記入してください。)		
金額機関 (ゆうちょ銀行以外)		ゆうちょ銀行	
△△△	銀行 BANK <input checked="" type="checkbox"/> 支店 BRANCH <input checked="" type="checkbox"/> 支所 BRANCH No. 丸の内 001	ゆうちょ銀行 JAPAN POST BANK	* 選択の「郵便振替口座開設(送金機能)」欄に○が付されていることを 予めご確認ください。
□ 備註 BANK SAVINGS CHECKING SAVINGS	口座番号 ACCOUNT No. 2345678	通帳番号 (5ヶタ)	通帳記号 (8ヶタ) 10000000

P4 外貨を日本円に換算してお支払いする場合は、お支払いが確定した日の前日の交換比率を適用いたします。

Date 日付 _____

AUTHORIZATION (同意書)

医療機関 御中

主治医 様 (TO THE HOSPITAL / PHYSICIAN IN CHARGE)

I, the undersigned, hereby authorize the hospital, physicians, or any other person who has attended or examined the patient, to furnish to Tokio Marine & Nichido Fire Insurance Co., Ltd., or its authorized representative, any and all information with respect to the 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.

患者を診察または治療した病院、医師及び関係者が、東京海上日動火災保険株式会社またはその指定する者に、患者の受傷または、発病に関するすべての疾病、傷害の記録を提供すること※1を、署名人は承認いたします。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 傷病に関する診断書・診療報酬明細書・その他の証明書の提供、傷病の原因・症状・既往症・治療内容等についての説明
傷病に関する診療記録・検査資料を貸し出すこと、または写しを提供することなどをいいます。

東京海上日動火災保険株式会社 御中

(TO TOKIO MARINE & NICHIDO FIRE INSURANCE CO., LTD.)

私は、 年 月 日発生の事故／疾病に関して、貴社またはその指定する者が海外旅行保険金の支払いをするために必要な範囲で、各種の情報※1を取得・利用することに同意します。

また、同保険の付帯サービスの提供を受ける場合は、私に関する個人情報を関係する各機関※2に提供することにつき同意いたします。

*1 被保険者の治療の内容・症状の程度を確認するために必要となる診断書・診療報酬明細書等の医療情報、および請求権者・相続人を確認するために必要となる戸籍間連情報等を含みます。

*2 医療機関、移送機関などをいいます。

Name of patient 患者氏名

(Signature) Address 住 所

(同意者署名)

Name 氏 名

①

Relationship 患者との関係 : The person himself 本人 · Parent or Guardian 親権者

Hear apparent 相続人 · Others その他 []

※原則として患者ご本人のご署名をお願いいたします。

※患者が未成年の場合は、親権者の方がご署名下さい。