

ペット医療費用保険 保険金請求書兼同意書

au 損害保険株式会社 行

下記記載内容が事実と相違しないことを確認の上、【個人情報利用目的】および【医療照会】に同意し、保険契約にもとづき保険金を請求します。
また、保険金は下記の口座に振込みください。指定口座への振込みをもって保険金を受領したものとします。

【個人情報利用目的】au 損害保険株式会社は、保険契約の履行（損害調査、保険金支払の可否、支払保険金の算定等）・各種サービスの提供等のために、保険事故の関係者（動物病院、保険会社、保険事故の当事者等）、業務委託先（保険代理店を含む）、その他必要な関係先に対して個人情報の提供を行い、またはこれらの者から提供を受けることがあります。
【医療照会】au 損害保険株式会社は、事実確認を行うために関係者（医療機関関係者を含む）等に対し、保険金請求のあった診療に関する情報の提供（治療、検査、関連する他の診療等に関する説明を含む）を求めることがあります。

1. ご契約内容		補償プラン	
証券番号			
保険期間	年 月 日から 年 月 日まで		
（被保険者） ご住所	ペット名	ちゃん	
	生年月日	年 月 日	犬 猫 性別 男の子 女の子
（被保険者） お名前	品種		
	疾病待機期間	この期間に被った疾病については、保険金は支払われませんのでご注意ください。	
補償されない身体障害	対象外疾病・身体部位（特定疾病・特定部位補償対象外特約）	年 月 日まで	
	その他	2. ご申告欄 対象ペットについてご申告ください。	
・保険期間の始期前において発生していた身体障害		用途 いずれかに必ずチェックしてください。	
・その他約款に定める傷病		<input type="checkbox"/> 愛がん用（ペット） <input type="checkbox"/> 闘犬・賭犬・猟犬 <input type="checkbox"/> 繁殖用・興行用等の商業目的 <input type="checkbox"/> その他	
		写真貼付欄 受傷日または病気の初診日から3ヶ月以内に撮影したお写真がありましたら貼付して下さい。	

3. 請求日	請求書作成日を必ずご記入ください。		
20 年 月 日			
4. 他の保険契約等	今回の事故でお支払いの対象となる他のご契約についてご記入ください。		
保険会社名			
商品名			
証券番号			
5. 保険金請求者	ご署名、ご捺印がない場合は、お支払い手続きができませんのでご注意ください。		
ご住所	フリガナ 〒 契約内容と同じ 自宅TEL - - 携帯TEL - -		保険金請求者印
お名前	フリガナ	被保険者 ご本人との関係	本人 同居の親族 配偶者 別居の未婚の子
※保険金請求者が未成年の場合は、親権者の同意（署名・捺印）が必要となります。 私は、保険金請求者の法定代理人として、貴社との保険契約にもとづき保険金を請求することについて、あらかじめ同意します。			
親権者署名・捺印			

6. 傷病の内容	以下にご記入が無い場合や、診断名・症状と診療明細書の内容に関連性が認められない場合は、保険金をお支払いできない場合があります。※「病気の初診日」とは、その病気で獣医師の診察を初めて受けた日を指します。		
診断名または症状 （複数ある場合はすべて）	受傷日 / 病気の初診日（※）	動物病院名・獣医師名	
①	20 年 月 日		
②	20 年 月 日		
③	20 年 月 日		
7. 手術日・手術内容	手術を受けた場合はご記入ください。		
手術日	20 年 月 日		
手術内容			
8. 入院期間	ご入院された場合はご記入ください。		
20 年 月 日	～ 20 年 月 日		


9. 保険金振込先	通帳等をご確認のうえ、正確にご記入ください。		
口座の指定	右のいずれかより振込先指定口座をお選びください▶ ① 前回指定した口座 ② 下記口座（下記口座情報をご記入ください。）		
金融機関	銀行 農協 信用金庫 信用組合 労働金庫	店番	本店 支店 預金種類 普通・総合 当座 番号 口座
ゆうちょ銀行	通帳記号	1 0	通帳番号
口座名義人	カタカナでご記入ください		
お送り先	契約内容と同じ		
SC使用欄	受付印		


ペット医療費用保険 保険金請求書兼同意書

au 損害保険株式会社 行

下記記載内容が事実と相違しないことを確認の上、【個人情報利用目的】および【医療照会】に同意し、保険契約にもとづき保険金を請求します。
また、保険金は下記の口座に振込みください。指定口座への振込みをもって保険金を受領したものとします。

【個人情報利用目的】au 損害保険株式会社は、保険契約の履行（損害調査、保険金支払の可否、支払保険金の算定等）・各種サービスの提供等のために、保険事故の関係者（動物病院、保険会社、保険事故の当事者等）、業務委託先（保険代理店を含む）、その他必要な関係先に対して個人情報の提供を行い、またはこれらの者から提供を受けることがあります。
【医療照会】au 損害保険株式会社は、事実確認を行うために関係者（医療機関関係者を含む）等に対し、保険金請求のあった診療に関する情報の提供（治療、検査、関連する他の診療等に関する説明を含む）を求めることがあります。

1. ご契約内容		補償プラン	通院ありタイプ 50%コース				
証券番号	02000 XXXXXXXX		対象ペット	ペット名	ポチ ちゃん		
保険期間	20XX 年 5 月 1 日から 20XX 年 5 月 1 日まで			生年月日	20XX 年 10 月 10 日	性別	男の子
ご住所 (被保険者本人)	東京都 渋谷区 ○○○-×××			品種	柴		
	お名前		英雄 太郎 様		疾病待機期間		
	対象外疾病・身体部位 (特定疾病・特定部位補償対象外特約)		20XX 年 5 月 30 日 まで				
	補償されない身体障害		2. ご申告欄				
その他		対象ペットについてご申告ください。					
・保険期間の始期前において発生していた身体障害		用途		いずれかに必ずチェックしてください。			
・その他約款に定める傷病		<input checked="" type="checkbox"/> 愛がん用 (ペット)		<input type="checkbox"/> 闘犬・賭犬・猟犬			
		<input type="checkbox"/> 繁殖用・興行用等の商業目的		<input type="checkbox"/> その他			

3. 請求日	請求書作成日を必ずご記入ください。	20XX 年 9 月 1 日
4. 他の保険契約等	今回の事故でお支払いの対象となる他のご契約についてご記入ください。	
5. 保険金請求者	ご署名、ご捺印がない場合は、お支払い手続きができませんのでご注意ください。	
ご住所	フリガナ	〒
お名前	フリガナ	英 雄 太 郎
被保険者	ご本人との関係	本人
保険金請求者印		
※保険金請求者が未成年の場合は、親権者の同意（署名・捺印）が必要となります。 私は、保険金請求者の法定代理人として、貴社との保険契約にもとづき保険金を請求することについて、あらかじめ同意します。		
親権者署名・捺印		

6. 傷病の内容	以下にご記入が無い場合や、診断名・症状と診療明細書の内容に関連性が認められない場合は、保険金をお支払いできない場合があります。※「病気の初診日」とは、その病気で獣医師の診察を初めて受けた日を指します。	
診断名または症状 (複数ある場合はすべて)	受傷日 / 病気の初診日 (※)	動物病院名・獣医師名
① 背中をかくがる	20XX 年 7 月 3 日	○○○動物病院 ○○先生
② 異物誤飲	20XX 年 7 月 25 日	同上
③	20 年 月 日	
7. 手術日・手術内容	手術を受けた場合はご記入ください。	
手術日	20 XX 年 7 月 25 日	
手術内容	胃内異物摘出手術	
8. 入院期間	ご入院された場合はご記入ください。	
	20XX 年 7 月 25 日 ～ 20XX 年 7 月 29 日	

9. 保険金振込先	通帳等をご確認のうえ、正確にご記入ください。	
口座の指定	右のいずれかより振込先指定口座をお選びください。① 前回指定した口座 ② 下記口座 (下記口座情報をご記入ください。)	
金融機関	銀行	信用金庫
ゆうちょ銀行	通帳記号	1 0 通帳番号
お名前	カタカナでご記入ください	
お送り先	エ イ ユ ウ ハ ナ コ	
お送り先	〒	
SC使用欄	受付印	