## ペット医療費用保険 保険金請求書兼同意書

## **众** 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。

i	が原本」du 損告休険休式会社は、事実値 シ療等に関する説明を含む)を求めるこ													
1.	ご契約内容 補償プラン													
証券番	番号				対ペッ	卜名							5	ゃん
保険其	期間 年 月 日から	年	月	日まで	対象ペッ生年	月日	年	月	日(失	) (疆)	性	別(	男の子)(	女の子)
(被保険者ご本人)	ご住所				ト品種									
契険者ご							待機期間							
者本人	お名前様				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	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					写真貼付欄				
補償され					2. ご目	#告欄 対	対象ペットに	ついてご申告く	ださい。		傷日また から3ヶ			
ない						ずれかに必ず ×/ 罒 (^^~		してください	10		たお写真			
ない身体障害	そのか	 也				がん用(ペッ た・賭犬・猫				5	貼付して	下さ	い。	
障害	・保険期間の始期前において発生	していた身	体障害		□ 繁殖 □ その	用・興行用等 )他	学の商業目	目的						
	・その他約款に定める傷病					/ I.S			_					
3.	請求書作成日を必ずで記入ください。		険金請	求者	署名、ご捺印が	がない場合は、	お支払い手	続きができまり	せんのでご	注意くだ	さい。			
20	年 月 日	で住所	ガナ  契約内容	子と同じ )										
4.	他の保険契約等 今回の事故でお支払いの 対象となる他のこ契約に つないことできないください。		完TEL	_	_	携	帯TEL	_	_			_[	保険金請	求者印
	会社名	お 名 前	ガナ					被保険者 ご本人	本力	/	居の親族	,	EI	)
商品	品名		****	ケッセクト	朝佐老の同音	第夕,体印)も	ごい声 レナント	との関係	配偶者		居の未婚の子	) 		
証券	<b>等番号</b>	私は、保	険金請求者	の法定代理人	<b>親権者の同意</b> ( として、貴社との うらかじめ同意し	の保険契約にも	とづき	る9。 親権者署名・拐	紀					<u>(1)</u>
	<b>/与:二の 中</b> 京 以下にご記入が無い場	合や、診断名・	・症状と診療	を 明細書の内容	マに 関連性が認	められない場合	は. 保険会	余をお支払		· / P=		<b>=</b>	術を受けた	- 場合は
6.	傷病の内容 いできない場合があり 診断名または症状	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	けた日を指し		/. 🕏	- 何日・	手術内容		記入くださ	
	(複数ある場合はすべて)	受傷日 /	病気の初	]診日(※)	動物	物病院名・獣	忧医師名		手術日		20	年	月	$\Box$
1		20	年 月											
									手術内	容				
2		20	年 月						0 7	70年	EE 2	入院さ	れた場合は	
		20	<del>-</del> /.						8. 7		[E] 2º	記入く	ださい。	
3		20	年 月						20		手 F	3		
(3)		20	+ /-	j 🗆						~	20	年	月	В
9	保除全振込先通帳等をご確認の	うえ、正確にご	ご記入くださ	い。								SC	使用欄	
	保険金振込先 通帳等をご確認の				ス (2) 下部	₽₽₩₩₩₩₩₩₩₩₩₩₩₩₩₩₩₩₩₩₩₩₩₩₩₩₩₩₩₩₩₩₩₩₩₩₩	つ応性部を	ブロスください	) )		受付印		使用欄	
口指 座 の定	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					ご記入ください	۸۰)		受付印		使用欄	
口指 座 の定	右のいずれかより振込先指定口座をお選びく (銀 行) (信用金庫)	ださい▶(1)   農 協				項 ・普通・総 ・無		ご記入ください	ر،۱۰)		受付日		使用欄	
日座の金融機関	右のいずれかより振込先指定口座をお選びく 銀 行 信用金庫 信用組合	ださい▶(1)   農 協	前回指定	≘した□暦	本店	頁 普通·総	番号	ご記入ください	ر،،)	1	受付印		使用欄	
口座の 金融機関 銀行	右のいずれかより振込先指定口座をお選びく 銀 行 信用金庫 信用組合	ださい▶(1)   農 協	前回指定		本店	項 ・普通・総 ・無		ご記入ください	,\o\o\	1	受付日		使用欄	
日座の金融機関	右のいずれかより振込先指定口座をお選びく (銀 行)(信用金庫)(信用組合) 通帳記号 1 カタカナでご記入ください	ださい▶(1)   農 協	前回指定	≘した□暦	本店	項 ・普通・総 ・無		ご記入ください	۸۵)	1	受付日		使用欄	

## ペット医療費用保険 保険金請求書兼同意書

## **众** 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。 ト記記載内谷が争夫と相違しないことを確認め上、「國大時代別出出」。 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					
	証券種	65 02000 XXX	(XXXX	対	ペット名	ポチ	_	ちゃん		
1	呆険期	B   20XX 年 5月   日から	20XX年 5月   日まで	象ペッ	生年月日 20XX 年 10 月 1	) 日 (大	)(貓) 性別	男の子(女の子)		
t	(被	ご住所		F	品種	柴				
(被保険者ご本-		東京都 渋谷区 〇〇〇-×××			疾病待機期間			A		
3	者本	<sub>お名前</sub> 英雄	太郎様		D期間に被った疾病については、 Aわれませんのでご注意ください。					
Ī	油	対象外疾病·身体部位(特定疾病·	特定部位補償対象外特約)	2	OXX年 5月30日ま	<u>ر</u>	10	3		
ı	補償されな				2. ご申告欄 対象ペットについてご申告ください。					
ı	れない			用途 <sub>.</sub> いずれかに必ずチェックしてください。						
ı	い身体障害	その他	J		☑ 愛がん用(ペット) 〕闘犬・賭犬・猟犬			W W		
ı	障害	・保険期間の始期前において発生し			] 繁殖用・興行用等の商業目的		10 m	18		
l		・その他約款に定める傷病			〕その他			40		
	3.	請求書作成日を必ず ご記入ください。	5. 保険金請求者	署名、	ご捺印がない場合は、お支払い手続きができ	きませんのでごえ	注意ください。			
	20>	XX 年 9 月 I 日	ご     フリガナ       住所     T       契約内容と同じ							
	4	他の保険契約等 対象となる他のご契約に かなご記入ださい。	住所 早 契約内容と同じ 自宅TEL -		- 携帯TEL 090 -	XXXX – O	000	保険金請求者印		
		他の保険契約等 対象となる他の意義的 会社名	お <sup>フリガナ</sup> エイ ユ' 名 前 <b>歩</b> 旅	ウ	タ ロウ 被保険	者(本)	同居の親族	黨		
ŀ		品名	英 雄	É	太郎との関		(別居の未婚の子)	<b>建</b>		
ł		番号	私は、保険金請求者の法定代理人	として、						
•			保険金を請求することについて、あ	らかじ	め同意します。 <b>親権者署名</b>	公・捺印		<u> </u>		
	6.				車性が認められない場合は、保険金をお支払 <mark>医師の診察を初めて受けた日を指します。</mark>	7. 手	術日・手術内容	手術を受けた場合は ご記入ください。		
		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	手術日	20 XX £	₹ 7 月25日		
	_	出しナル よりごフ			○○○動物病院					



手術內容 胃内異物摘出手術 ご入院された場合は ご記入ください。

7月25日 ~ 20 XX 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。
口指座の定	右のいずれかより振込先	指定□座をお選びください▶1前回指定した□座 ②下記□座 (下記□座情報をご記入ください。)
金融機関	00	<ul><li>・ は 行 農 協 店番 I 2 3</li><li>・ 恵 比 寿 支</li></ul>
ゆ銀 う ち ょ行	通帳記号	1 0 通帳番号 1
口名 義 座人	カタカナでご記入ください	"エイユウ ハナコ
お支 払 通 知先	型約内容と同じ 〒	

SC使用欄 受付印