

海外旅行保険保険金請求書

au損害保険株式会社 行

※請求書記入日を必ずご記入ください。

1

記入日(請求日)
Date

年
Y
月
M
日
D

下記の記載内容が事実に相違ないことを確認し、また、下記の項目に同意の上、この事故の保険金を保険約款にしたがい請求しますので、下記保険金振込指図欄にしたがい振込みください。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. 傷害・疾病に関する請求の場合

au損害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(注1)を取得・利用することに同意します。(注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必要となる戸籍関連情報を含みます。

2. 重複契約がある場合

私は、au損害保険株式会社を代理人と定め、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ます。

3. 他の保険会社への照会等

私に関する保険契約または保険金請求に関する事項について、他の保険会社等に照会をし、また、情報を開示することに同意します。

4. 個人情報等

別記「お客様の情報に関するお取扱い」および「複数の保険をご契約されている場合のお取扱い」の記載事項を確認のうえ同意します。

【お客様の情報に関するお取扱い】 保険金のご請求にあたって、必ずご確認のうえご同意いただきますようお願い申し上げます。

弊社は、保険金のご請求に際してお客様等の情報をご提供いただき、必要な範囲内で適法かつ公正に情報を収集させていただきます。これらの情報は以下の目的の範囲内で利用させていただき、法令で定められている場合を除き、または下記くお客様の情報の外部への提供等について記載されている場合を除き、お客様の同意なしに目的の範囲外で利用したり、第三者に提供することはありません。

<利用目的について>

お客様からお預かりした情報は、保険金の迅速・円滑・適正なお支払いに利用させていただきます。

<法令に基づく利用目的の制限について>

弊社は保険業法施行規則53条の10に従い、医療情報等のセンシティブ情報については、保険業の適切な運営の確保、その他必要と認める目的に限定して利用します。

<お客様の情報の外部への提供等について>

お客様からご提供いただきました情報は、保険金の迅速・円滑・適正なお支払い等のため、次の場合、外部に提供することがあります。またお客様が情報を提供された保険事故関係者から提供を受けることがあります。

- ①個人情報の保護に関する法律その他の法令等により外部への提供が必要と判断された場合
- ②弊社のグループ会社・提携先企業へ提供する場合
- ③保険金の適正および迅速な支払のために保険事故関係者(当事者、相手方、保険会社、医療機関、修理会社、保険契約者等)へ提供する場合
- ④あらかじめ守秘義務契約を締結した業務委託先(保険代理店を含みます)等へ提供する場合
- ⑤再保険請求等のために再保険会社等へ提供する場合
- ⑥情報交換制度に基づき、損害保険会社・共済等の間で情報を共同利用する場合
- ⑦他の保険契約等(共済契約等も含みます。以下同様とします。)がある場合、その保険契約等の損害保険会社・共済等に対して、負担部分を超える額を求償するため必要な情報(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、その保険契約等の損害保険会社・共済等へ提供する場合
- ⑧上記①~⑦の場合において、弊社が情報の提供を受ける場合

【複数の保険をご契約されている場合のお取扱い】 保険金のご請求にあたって、必ずご確認のうえご同意いただきますようお願い申し上げます。

(特約条項に「他の保険契約等がある場合の保険金の支払額」の条項がある場合に本取扱いの対象となります。)

①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られた場合には、保険契約で定められた保険金等を超えた額について、弊社はお客様に保険金の返還をご請求させていただきます。

②他の保険契約等がある場合、弊社はその保険契約等の損害保険会社・共済等に対して、本契約の負担部分を超える額を求償します。

2 証券番号 Policy No.

保険期間 Insurance Period
年 Y 月 M 日 ~ 年 Y 月 M 日

保
險
金
請
求
者
(未成年の場合は親権者)

日本の住所 Address in Japan

生年月日 Date of Birth

〒

年 Y 月 M 日

TEL

日中の連絡先

現在の連絡先 Current Address

性別 Sex

TEL

日中の連絡先

電子メールのアドレス

□ 男性 Male

氏名(漢字) フリガナ
Name

□ 女性 Female

ローマ字

印

被保険者との関係(保険金請求者は原則として被保険者ご本人です。異なる場合は委任状が必要となります。)

□ 本人 □ 親権者 □ 相続人 □ 受任者 □ その他()

被
保
險
人
者
(被保険の対象となる方)

氏名(漢字) フリガナ
Name

生年月日

(保険金請求者と同じ場合には記入不要)

年 M 月 D

住所

氏名(漢字) フリガナ
Name

性別

(保険金請求者と同じ場合には記入不要)

□ 男性

住所

□ 女性

TEL

保
險
金
振
込
指
圖
欄
(いずれかを選択チェック)

5 下記に従い保険金をお支払ください。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。
I instruct that insurance money will be paid, as follows

- 私が治療を受けた医療機関・搬送機関、その他保険会社が提携する機関に直接お支払ください。To medical service provider
- スーツケース、デジタルカメラ、ビデオカメラ、パソコンの修理業者に直接お支払ください。To repairer of suitcase, camera and personal computer
- 下記口座にお支払ください。To the following bank account

(フリガナ) 店番

銀行 信用金庫
信用組合 農協

支店

金融機関住所(海外の場合のみご記入ください。)

□ 口座種類 普通 当座 総合 別段 貯蓄 口座番号 ACCOUNT NO.

(フリガナ)

□ 口座名義

※お振込先がゆうちょ銀行の場合は下欄にご記入ください。
弊社からお振込が可能なゆうちょ銀行の口座は送金機能を有する「ゆうちょ総合口座(旧ばるる口座)」に限定されます。
「通常貯金」「郵便振替」口座等へのお振込みはできませんのでご注意ください。

通帳 ゆう ちょ 銀 行 記 号	1			0	の
通帳 記 号					
口座 名義	(フリガナ)				

■裏面もご記入ください

- ・治療・救援費用のご請求 ⇒ 6 7
- ・賠償責任事故のご請求 ⇒ 6 9
- ・携行品の損害のご請求 ⇒ 6 8
- ・航空機寄託手荷物遅延等費用のご請求 ⇒ 6 10

受付印	書類完備日
S C 使用欄	

6 病気・ケガ・事故の状況	発生日時 Date of occurrence 年 Y 月 M 日 D <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	症状・状況・原因等 Detail of sickness of injury	できる限り詳しくご記入ください。
	発生場所(国名・場所) Place of occurrence		
	届出警察／受理 Police Report No.		

第三者の証明 上記の事故日時、場所、状況に相違ないことを証明します。

住所 _____
TEL _____

氏名 _____

印

被保険者との関係 _____

7 治療・救援費用 ※ご負担された通貨単位をご記入ください	初診日 Date of first treatment 年 Y 月 M 日 D	以前に同症状に関して治療を受けたことがありますか。 Have You ever been treated before for the same symptom? もし、そうならいつですか。If yes, when 年 Y 月 M 日 D 頃	<input type="checkbox"/> はい Y <input type="checkbox"/> いいえ N
	治療費 Medical expenses	その他の費用 Other expenses	救援者航空券代 Rescuer air fare
	処方薬購入費 Medication	入院の有無 <input type="checkbox"/> 有 Y <input type="checkbox"/> 無 N Hospitalization 年 Y 月 M 日 D ~ 年 Y 月 M 日 D	救援者交通費 Rescuer transportation fee
	通訳雇入費 Translator's fee	入院のために必要となった 身の回り品購入費 Necessary personal items	救援者ホテル客室料 Rescuer hotel charge
	交通費 Transportation	入院のために必要となった 国際電話料等通信費 Communication fee	救援者国際電話料等通信費 Communication fee
	緊急移送費 Emergency evacuation fee	治療費合計 Medical bill (total)	救援者費用合計 Rescue expenses (total)

8 携行品のご損害	品名(型式・品番等できるだけ詳細に) Damaged or stolen item	数量 Quantity	損害の状態 Nature of damage	購入金額 Price	購入した場所・店 Purchased at	購入年月日 Date of purchase	領収証の有無 Receipt

【ご注意】

- ①ご損害のあった保険の対象の修繕費用が時価額を上回る場合は、時価額がお支払限度額となります。時価額とは、ご損害が生じた場所および時における損害品の価額(購入時の価格から使用・消耗に応じた価値減少後の価額)をいいます。
- ②お支払の対象となるのは、ご旅行中に携行していたお客様さま所有の身の回り品および第三者から無償で借り入れたものに限られます。居住施設内にある間のご損害につきましては、携行中ではないことからお支払対象外となります。
- ③1個、1組または1対について、10万円がお支払限度額になります。

9 第三者の財物損害 賠償責任事故	所有者氏名 Owner of damaged property	負傷者氏名 Name of injured person	
	住所 Address	住所 Address	
	財物の種類、損害の程度 Type and degree of damaged property	病院・医師氏名 Name of hospital and/or physician	傷病名 Name of injury/sickness
	請求金額 Claimed amount	住所 Address	TEL

10 航空機寄託手荷物遅延等費用 Expenses due to baggage delay 身の回り品購入費・支出した費用	支出した項目 Type of expense	購入日・時刻 Date	購入先 Purchased at	購入金額 Amount	保険会社使用欄
		月 日 時			
		月 日 時			
		月 日 時			
		月 日 時			
		月 日 時			
		月 日 時			

搭乗する航空機が予定していた目的地に到着してから6時間以内に、寄託手荷物が予定していた目的地に運搬されなかったために、予定していた目的地において負担した費用(衣類購入費、生活必需品費、身の回り品購入費)の領収書をご提出ください。
航空会社またはこれに代わるべき第三者による事故の証明をご提出ください。

航空機寄託手荷物遅延事故証明 Baggage Delay certification from airline company			※この欄は航空会社で記入の上、証明していただいてください。 (航空会社発行の証明書がある場合は、別途記入は不要です。)
航空会社名 Name of Airline company	係員名 Contact person	航空会社 証明押印欄 Signature	
搭乗日 Departure date	便名 Flight number		
出発地 Place of departure	出発時刻 Departure time	到着地 Place of arrival	到着時刻 Arrival time

上記について、6時間以上の遅延 Delay of more than 6 hours 有 Y 無 N

11 医師の診断書 Attending physician's statement

患者氏名 Patient	患者生年月日 年 Y 月 M 日 D	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	受傷日または病気の症状が現れた日 Date of accident or first symptom 年 Y 月 M 日 D
診断名 Diagnosis		治療の期間と方法 Date and type of medical treatment 自年 Y 月 M 日 D 自年 Y 月 M 日 D <input type="checkbox"/> 外来 Outpatient <input type="checkbox"/> 往診 Homevisit	
症状・経過 Symptom		入院期間 Period of hospitalization 自年 Y 月 M 日 D 自年 Y 月 M 日 D	
外科手術をした場合、その名称 The name of surgery, if any		後遺障害有無 Possibility of irrecoverable functional impediment and/or dismemberment <input type="checkbox"/> 無 N <input type="checkbox"/> 有 Y (名称)	
現在の状態に影響する他の疾患はありますか。Any other disease affecting present condition		病気は妊娠、出産、早産、流産等に起因するものですか。Is sickness due to pregnancy, childbirth, premature birth and/or miscarriage	
患者は以前に同様の症状を訴えたことがありますか。Has patient experienced the similar symptom	同様の症状を訴えたのはいつごろでしょうか。When 以前の症状で実際に治療を受けましたか。Did insured receive medical treatment for the symptom	来院前の投薬はありますか。Any medication prior to hospital visit	
他の医療機関で治療を受けたならば、その住所、病院名 Describe the name of other medical service provider, who attended the insured		転医日 Transferred to other hospital 年 Y 月 M 日 D	治癒日 Healed 年 Y 月 M 日 D
職業看護師の付添いが必要でしたか？ Was constant care by nurse necessary <input type="checkbox"/> いいえ N <input type="checkbox"/> はい Y (自 至)		ホテルでの静養は必要でしたか。Was rest at hotel room necessary for medical reason <input type="checkbox"/> いいえ N <input type="checkbox"/> はい Y (自 至) 必要な理由 Reason ()	
項目別の治療費	診察費、処置費、手術費 Expenses for consultaion, surgery	入院費 Expenses for hospitalization	受領済金額 Amount paid
		医薬費 Expenses for medication	
	X線・諸検査費・手術室料 Expenses for examination	職業看護師費 Expenses for nurse	未受領金額 Balance due
		その他	
		合計 Medical bill (total) ¥	
病院または医院の名称・住所・電話番号 Name of hospital, address and telephone number		日付 Date _____	
担当医の署名 Signature of attending physician _____			

12

同意書

被保険者を診察したすべての病院、医師および関係者が、保険会社またはその業務委託する者に、被保険者に関するすべての病気、傷害の記録の提供、ならびに照会に回答することに下記署名人は承認します。なお本書の写しも本書と同じ効力があるものと認めます。

I, the undersigned, authorize that au Insurance Co.,Ltd. (hereinafter, au) to obtain any and all information related to insurance claim to be filed against au from medical service provider(s), including but not limited to, any hospital(s), clinic(s), physician(s), medical doctor(s), therapist(s) and any other organization(s) or person(s), who will or have attended, examined or inspected me. I admit that the copy of this authorization is as effective as the original

印

被保険者または親権者の署名・捺印

住所

- 保険法22条2項の定めにより、お客様が被害者の方に損害賠償金をお支払した場合または被害者の方の承認があった場合に限り、弊社は保険金をお客さまに直接支払うことが可能です。
- 保険法22条1項の定めにより、保険事故発生後にお客さまについて破産手続きまたは再生手続きが開始したとしても、被害者の方はお客様の保険請求権について、破産手続きや再生手続きによることなく先取特権行使することができます。
- あらかじめ弊社の承認を得ないで、被害者の方に対して、損害賠償責任の全部または一部を承認した場合は、保険金が支払われない場合がありますので、被害者の方との示談に際しては必ず事前に弊社にご相談ください。

海外旅行保険保険金請求書の記入例

au 損害保険株式会社 行

※請求書記入日を必ずご記入ください。
1 記入日(請求日) Date 2015年3月1日

保険金請求者は原則として被保険者本人です。※被保険者とは、病気やケガをされた方、携行品の所有者、賠償責任を負われる方です。

海外で保険金請求される場合、必ずパスポートと同じサインでお願いします。

必ずいざれかにチェックしてください。

口座情報は通帳等をご確認の上、正確にご記入ください。
※お振込みが可能なゆうちょ銀行の口座は送金機能を有する「ゆうちょ総合口座(旧ばるの口座)」に限定されます。送金機能のない「通常貯金」「郵便振替」口座等へのお振込みはできませんのでご注意ください。

事故の状況、病気やケガの状況をできるだけ詳しくご記入ください。ケガに関する保険金のご請求の場合、警察等の公の機関の証明書、やむを得ない場合は第三者(目撃者)の証明が必要となります。

診断書欄は現地の病院で記入してもらってください。内容が同じであれば、病院所定の診断書をご提出いただけます。

海外旅行保険保険金請求書

2 証券番号 Policy No. 012345678901 保険期間 Insurance Period 2015年2月10日 ~ 2015年2月17日

日本のお住 Address in Japan 〒150-1234 東京都渋谷区○○1-2-3 TEL 03-6758-7373 日中の連絡先

現在の連絡先 Current Address TEL 日中の連絡先 電子メールのアドレス

生年月日 Date of Birth 1980年1月1日 性別 Sex 男性 Male 女性 Female

氏名(漢字) フリガナ ソンボタロウ 標印 TARO SONPO

被保険者との関係(被保険金請求者が併せて被保険者に本人です。異なる場合は責任状が必要となります。)
 本人 親権者 相続人 受任者 その他()

氏名(漢字) フリガナ Name 生年月日 Year Month Day 性別 男性 Female 女性 Female

(保険金請求者が同じ場合は記入不要) 住所 TEL

3 特社・他社を問わず、同じ要故で同一のご損害または費用に対して保険金が支払われる他の保険契約等)がありますか。Other Insurance
 海外旅行保険 その他の)

保険会社名① ○○損傷保険
保険の種類① 海外旅行保険 その他の)
証券番号① 9876543210
保険会社名②
保険の種類② 海外旅行保険 その他の)
証券番号②

4 海外旅行保険を付帯しているクレジットカードをお持ちですか
 ○○俱乐部カード
カード名
カードの種類 VISA・MASTER・その他()
カード番号 1111-2222-3333-4444
カード名
カードの種類 VISA・MASTER・その他()
カード番号

5 下記に従い保険金をお支払いください。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。
I instruct that insurance money will be paid, as follows
 私が治療を受けた医療機関・搬送機関、その他保険会社が提携する機関に直接お支払いください。To medical service provider
 スーツケース、デジタルカメラ、ビデオカメラ、パソコンの修理業者に直接お支払ください。To repairer of suitcase, camera and personal computer
 下記口座にお支払ください。To the following bank account

(フィラグナ) 店番 〇〇 恵比寿 支店 123
金融機関住所(海外の場合のみご記入ください。) ACCOUNT NO. 11234567
機関 口座番号() 通帳記号 1 0 の
種類 (フィラグナ) ソンボタロウ
口座名義 標印 (フィラグナ)
損保太郎

*お振込先がゆうちょ銀行の場合は下欄にご記入ください。
弊社からお振込ができるゆうちょ銀行の口座は送金機能を有するゆうちょ総合口座(旧ばるの口座)に限定されます。「通常貯金」「郵便振替」「口座等へのお振込はできません」などでご注意ください。

6 発生日時 Date of occurrence 2015年2月13日 午前 8:30
病気・ケガ・事故の状況
発生場所(国名・場所) Place of occurrence アメリカ・ニューヨーク
届出警察/受理 Police Report No.

症状・状況・原因等 Detail of sickness of injury ニューヨークのホテル滞在中、高熱が出て病院で治療を受けた。

第三者的証明 上記の事故日時、場所、状況に相違ないことを証明します。
住所 TEL 氏名
被保険者との関係

7 初診日 Date of first treatment 2015年2月13日
以前に同症状にして治療を受けたことがありますか。
 はい Y いいえ N
Have you ever been treated before for the same symptom?
Yes, I'm afraid it's true. If yes, when
年Y 月M 日D 年Y 月M 日D

治療費 Medical expenses US \$ 180.00
その他の費用 Other expenses 救援者航空券代 Rescuer air fare
薬方購入費 Medication 入院の有無 Hospitalization 有 Y 無 N 救援者交通費 Rescuer transportation fee
翻訳者料 Translator's fee 必要なもの必要となったための輸送費 Rescuer hotel charge
交通費 Transportation US \$ 15.00 救援者の電話料等通信費 Communication fee
緊急移送費 Emergency evacuation fee 治療費合計 Medical bill (total) US \$ 195.00 救援者費用合計 Rescuer expenses (total)

12 同意書
被保険者を診察したすべての病院、医師および関係者が、保険会社またはその業務委託する者に、被保険者に関するすべての病気、傷害の記録の提供、ならびに照会に回答することに下記署名人は承認します。なお本書の写しも本書と同じ効力があるものと認めます。
I, the undersigned, authorize that au Insurance Co.,Ltd. (hereinafter, au) to obtain any and all information related to insurance claim to be filed against au from medical service provider(s), including but not limited to, any hospital(s), clinic(s), physician(s), medical doctor(s), therapist(s) and any other organization(s) or person(s), who will or have attended, examined or inspected me. I admit that the copy of this authorization is as effective as the original

損保太郎 標印 東京都渋谷区○○○1-2-3
被保険者または親権者の署名・捺印 住所

保険金請求日は必ずご記入ください。

他に同種の保険契約がある場合は、必ずご記入ください。

海外旅行保険、スタンダード傷害保険、所得補償保険、積立保険、動産総合保険(国外担保)、盗難保険(国外担保)

お支払いただいた治療費用については、領収証を添付してください。治療費を支払わずに帰国され、病院から請求書が送付されてきた場合は、請求書を添付してください。

病気やケガに関する保険金のご請求の場合は、必ず同意書欄に署名・捺印をお願いします。被保険者が未成年の場合は、親権者の署名・捺印をお願いします。ご事情がある場合は弊社までご相談ください。

13 事故の状況
発生日時 Date of occurrence 2015年2月13日 午後 5:15
病気・ケガの状況
発生場所(国名・場所) Place of occurrence アメリカ・ニューヨーク
届出警察/受理 Police Report No. ○○ Police Dept. AA 12345
第三者的証明 上記の事故日時、場所、状況に相違ないことを証明します。
住所 TEL 氏名
被保険者との関係

症状・状況・原因等 Detail of sickness of injury ホテルから出たところで後ろから走ってきた男にひっくられた。カメラは盗まれたが、バッグは肩ひもがちぎれただけ修理できる。

事故の状況をできるだけ詳しくご記入ください。
警察等の公の機関の証明書、やむを得ない場合は第三者(目撃者)の証明が必要となります。

14 携行品のご損害
品名(型式・品番等できるだけ詳細に) Damaged or stolen item
数量 Quantity
損害の状態 Nature of damage
購入金額 Price
購入した場所・店 Purchased at
購入年月日 Date of purchase
領収証の有無 Receipt

カメラ XY-200	1	盗難	¥32,000	新宿○○カメラ	2013年3月	有
黒の皮革製ショルダーバッグ	1	肩ひもがちぎれた	US \$ 300.00	ハワイ免税店	2014年12月	有

[ご注意]
①ご損害のあった保険の対象の修繕費用が時価額を上回る場合は、時価額がお支払限度額となります。時価額とは、ご損害が生じた場所および時ににおける損害品の価額(購入時の価格から使用・消耗に応じた価値減少後の価額)をいいます。
②お支払の対象となるのは、ご旅行中に持分合しておきましたがそのまま所有の身の回り品および第三者から無償で借り入れたものに限られます。居住施設内にあら間のご損害につきましては、携行中ではないことからお支払対象外となります。
③1個、1組または1対について、10万円がお支払限度額になります。

購入時の領収書・保証書等を添付してください。
破損の場合は、写真・見積書を添付してください。修理不能の場合は修理不能証明書を添付してください。
紙面不足の場合は、別紙に同じ要領でご記入の上、添付してください。
金額は定価ではなく、実購入金額をご記入ください。