

海外旅行傷害保険適用範囲に関する確認書(既往症有無の確認)

お客様へ

海外旅行保険は、保険期間中に発症した病気の治療費のみ、お支払いする規定となっています。保険適用範囲である事を確認する為、発病までに時間がかかるとされる病気の際は、患者様にこちらへのご記入をお願いしています。大変恐れ入りますが、下記の質問にお答えくださるよう、お願いいたします。

1. 今回の症状は、初めて現れたものですか。

はい

いいえ⇒前は、 年 月 日頃
治療の有無 有 ・ 無
前回の診断名

2. 今回、「 」と診断されましたが、以前にこの診断を下された事がありますか。

はい⇒ 年 月 日 病院名： _____
(完治の場合は、完治証明が必要です)

いいえ

3. 健康診断で、今回の疾病と関連する項目について、指摘を受けた事がありますか。
(いずれの場合も、最近の健康診断結果をご提出ください)

はい

いいえ 【正常値であった・指定検査項目になし】

以上の内容に、相違ありません。

調査の結果、保険対象外と判断された場合は、治療費等関連の費用を支払う事を確約します。

署名： _____

年 月 日

個人データ

住所：

TEL：

保険会社：

証券番号：

保険期間： 年 月 日～ 年 月 日

海外旅行傷害保険適用範囲に関する確認書(既往症有無の確認)

Confirmation Form of Overseas Travel Accident Insurance Coverage (Confirmation of pre-existing disease)

お客様へ

海外旅行保険は、保険期間中に発症した病気の治療費のみ、お支払いする規定となっています。保険適用範囲である事を確認する為、発病までに時間がかかるとされる病気の際は、患者様にこちらへのご記入をお願いしています。大変恐れ入りますが、下記の質問にお答えくださるよう、お願いいたします。

Dear customer,

Overseas Travel Insurance only covers the medical expenses for illnesses that showed their first symptoms within the insured period. For this reason, if you are diagnosed with an illness that has a long onset period (i.e. chronic disease), please kindly complete this form. Thank you for your kind cooperation.

1. 今回の症状は、初めて現れたものですか。

Is this the first time the symptoms of this illness appeared?

はい Yes

いいえ⇒前回は、 年 月 日頃 No⇒Date for the last diagnosis: (Year) (Month) (Date) [Approx.]

治療の有無 有 ・ 無 Medical treatment received? Yes ・ No
前回の診断名: Name of last diagnosis:

2. 今回、「 」と診断されましたが、以前にこの診断を下された事がありますか。

This time, the diagnosis is “ ”. Have you ever been diagnosed with this illness in the past?

はい⇒ 年 月 日 病院名: (完治の場合は、完治証明が必要です)

Yes⇒ (Year) (Month) (Date) Name of hospital: (In case of complete recovery, please kindly provide the evidence)

いいえ No

3. 健康診断で、今回の疾病と関連する項目について、指摘を受けた事がありますか。

(いずれの場合も、最近の健康診断結果をご提出ください)

In any previous medical check-up, have you ever been told that you have or might have the illness which was diagnosed this time? (In both cases, please kindly submit your most recent medical check-up report)

はい Yes

いいえ 【正常値であった・指定検査項目になし】 No 【Result of the related item was normal・No specified items related】

以上の内容に、相違ありません。

調査の結果、保険対象外と判断された場合は、治療費等関連の費用を支払う事を確約します。

I hereby certify that all of the above information is true. If the insurance company decides upon investigation that this case is not covered under the insurance policy, I am committed to pay for all medical and other related expenses.

署名:

Signature: 年 月 日
(Year) (Month) (Date)

個人データ
Personal Information

住所:

Address:

TEL:

Telephone No.:

保険会社:

Insurance Company:

証券番号:

Insurance Policy No.:

保険期間: 年 月 日 ~ 年 月 日
Insured Period: (Year) (Month) (Date) ~ (Year) (Month) (Date)