

保険会社 御中

海外旅行保険保険金請求書

[1] 本書の内容が事実と相違ないことを確認し、また下記の項目に同意します。

個人情報の取扱に関する同意書

貴社が、本保険請求に関する私の個人情報を、次の利用目的の達成に必要な範囲内で、取得・利用・提供することに同意します。

- ①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）・保険引受判断・各種サービスの提供等のために、保険事故の関係者（修理業者、医療機関、損害保険会社・共済、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ること。
- ②本保険請求の対象と同一の損害または費用に対して保険金等を支払う契約（保険契約、共済契約その他いかなる名称であるかを問わない。以下、「他の保険契約等」という）が他にある場合、他の保険契約等を引き受けている損害保険会社・共済等に対して貴社の負担部分を超える額を求償する目的のために、貴社が当該損害保険会社・共済等へ提供し、またはこれらの者から提供を受け利用すること、あるいは、当該損害保険会社・共済等が貴社へ提供し、または貴社から提供を受け利用すること。
- ③保険金支払の健全な運営のために、（社）日本損害保険協会、損害保険料率算出機構、他の損害保険会社・共済等に提供もしくは登録を行い、またはこれらの者から提供を受けることがあること。
- ④再保険契約の締結、再保険契約に基づく通知・報告、再保険の請求等のために、再保険引受会社に提供を行うことがあること。

キャッシュレスメディカルサービスに関わる委任状

私の病院での受診治療において、当該保険請求に関わる医療情報を上記保険会社の社員またはその業務委託先が直接病院より取得、利用する事に同意します。また、病院でのキャッシュレスメディカルサービスの提供を受けた場合にはその治療費用及び当該治療に付随して生じた交通費、医療通訳費等保険約款上保険請求対象となる費用項目についての保険金の請求及び受領に関する一切の権限を WellBe International Loss Adjusters Limited 又は上海威尔比保険經紀有限公司に委任し、当該保険において支払対象外と判明した費用については、可及的速やかに病院、WellBe International Loss Adjusters Limited、上海威尔比保険經紀有限公司または上記保険会社に支払うことを誓約します。

年 月 日 署名 _____

※必ずご本人がご署名ください。

※未成年の場合は親権者がご自分の名前でご署名ください。（被保険者との関係： ）

[2] 被保険者 太枠の中にご記入下さい。万が一書き損じた場合は、二重線を引き、訂正のサインをお願いいたします。

証券番号：		保険期間： 年 月 日 ~ 年 月 日	
氏名：		ローマ字：	
性別： 男 ・ 女	年 月 日生	歳	企業名：
現地住所：		日本住所：日本国	
E-mail：			
電話番号：（ ）		電話番号：（ ）	

☆他の保険契約：なし ・ あり 【 _____ 】

[3] 事故又は病気の内容

ケガの場合：事故発生日	年 月 日	事故場所：
病気の場合：症状出現日	年 月 日	
症状、事故状況：できるだけ詳細にご記入ください。（ケガの場合は、いつ、どこで、何をして、どのように）		
1. 以前に本症状に関して治療を受けたことがありますか。（は い ・ いいえ） （はいの場合）いつですか 年 月 日 診断名： _____ 病院名： _____ 完治しましたか （は い → 【 年 月頃完治】 ・ いいえ）		
2. 治療のための通訳は必要ですか（は い 【署名： _____】 ・ いいえ）		

☞保険金支払いの対象とならない場合

- （1）予防接種（2）健康診断（3）歯科疾病（4）妊娠・出産・早産・流産及びこれらに起因する疾病
- （5）既往症（保険開始以前に発病・受傷していた病気・ケガの治療）（6）初診日・事故日より180日を超えた病気・ケガの治療
- （7）その他保険約款に基づき保険金支払いの対象とならないと判断された場合