

新・海外旅行保険/海外旅行総合保険/海外旅行傷害保険保険金請求書

【NEW OVERSEAS TRAVEL ACCIDENT INSURANCE/OVERSEAS TRAVEL ACCIDENT INSURANCE CLAIM FORM】

株式会社 損害保険ジャパン 行【TO: SOMPO JAPAN INSURANCE INC.】

本書の記載内容が事実と相違ないことを確認し保険金を請求します。

保険金請求にあたり、下記4項目について保険金請求者欄の署名をもって同意します。

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。

I hereby make a claim for insurance benefits, by confirming the accuracy of the contents hereof and also by agreeing to the matters mentioned below. A photocopy of this form shall be considered as effective and valid as the original.

〈1〉個人情報の取扱いに関する同意 AUTHORIZATION FOR MY PERSONAL INFORMATION

株式会社損害保険ジャパン(以下、「損保ジャパン」といいます。)が本保険金請求に関する個人情報を、保険引受・支払いの判断、本契約の履行、付帯サービスの提供等を行うために、下記①～⑤まで、その他業務上必要とする範囲で、取得・利用・提供または登録することに同意します。

- ①損保ジャパンが、上記業務のため、業務委託先(保険代理店を含む)、保険仲立人、医療機関、修理業者、保険金の請求・支払いに関する関係先、事故に関する関係先、等に提供すること。または、これらの方々から提供を受けること。
- ②損保ジャパンが、保険制度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、等に提供もしくは登録し、またはこれらの方々から提供を受けること。
- ③損保ジャパンが、再保険契約や共同保険契約における引受保険会社からの保険金等の受領のために引受保険会社等に提供すること(引受保険会社等から他の引受保険会社等への提供を含む)。
- ④他の保険契約等がある場合、その保険契約等の損害保険会社・共済等に対して、損保ジャパンの負担部分を超える額を求償するために必要な情報(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、損保ジャパンがその損害保険契約等の損害保険会社・共済等へ提供すること、また、その損害保険会社・共済等から提供を受け、利用すること。その損害保険会社・共済等が損保ジャパンへ提供すること、また、損保ジャパンから提供を受け、利用すること。
- ⑤損保ジャパンが、保健医療等の特別な非公開情報(センシティブ情報)について、保険業法施行規則により限定された目的以外に利用しないこと。

I agree that SOMPO JAPAN INSURANCE INC. (hereinafter "SOMPO JAPAN") acquires, uses, provides or registers my personal information regarding this insurance claim in so far as the following are concerned, and to the extent that your company needs it for the business purposes in order to judge insurance underwriting or payment, to perform this contract, or to provide relevant services:

- ①SOMPO JAPAN may provide the information to, or accept provision of the information from, a outside service provider of SOMPO JAPAN's business (including insurance agencies), insurance brokers, medical institutions, repairing companies, parties related to claim or payment of insurance money, parties related to accident or other related parties;
- ②SOMPO JAPAN may provide or register the information to or with, or accept provision of the information from, The General Insurance Association of Japan, Non-Life Insurance Rating Organization of Japan, other non-life insurance companies or other related parties for the purpose of sound management of the insurance system;
- ③SOMPO JAPAN may provide the information to a reinsurance company, etc. (including provisions from the reinsurance company, etc. to another reinsurance company, etc.) in order to enter into a reinsurance contract or receive payment of a reinsurance claim, etc.;
- ④In the case that there are any other insurance contracts, etc., with other non-life insurance companies, mutual aid associations, etc., SOMPO JAPAN may provide information, which is required to claim amounts exceeding amounts it is obliged to payout from such parties (for instance, the content of relevant contracts, such as amounts obliged to pay, information concerning the incident, such as the amount of the damage, and information of insurance payouts made), to, or accept such information from the parties and use the information. Non-life insurance companies, mutual aid associations, etc., stated above may provide information to, or accept information to use it from, SOMPO JAPAN; and
- ⑤SOMPO JAPAN does not use healthcare or other special non-public information (sensitive information) for any purpose, except as conditionally permitted under the Enforcement Regulations of the Insurance Business Law in Japan.

〈2〉医療情報の提供および事故調査に関する同意 AUTHORIZATION FOR MEDICAL RECORDS AND INFORMATION ON THE CASE

被保険者を診療または治療したすべての病院、医師および関係者、または本件事故に関係する諸機関および関係者が、損保ジャパンまたはその指名する者に、被保険者に関するすべての疾病、傷害または事故の記録を提供することを承認します。なお、本書の写真複写も同じ効力があるものと認めます。

I hereby authorize any hospital, physician, or other person who has attended or examined me, or any government authority or other person who is related to the accident, to furnish SOMPO JAPAN or its authorized representative with any and all information or document with respect to any sickness/injury or accident. A photocopy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original.

〈3〉キャッシュレスメイカルサービス利用に関する委任・同意 AUTHORIZATION FOR CASHLESS MEDICAL SERVICE

病院にてキャッシュレスメイカルサービスの提供を受けた場合には、その治療費用についての保険金請求を病院または医師に委任します。また、その治療費用が当該保険で支払対象外と判断した場合には、当該治療費用を遅滞なく病院・医師(または損保ジャパン)に支払うことを誓約します。

When "CASHLESS MEDICAL SERVICE" is provided for me by the hospital or medical provider, I authorize the hospital or medical provider to make an insurance claim for the medical expenses for my treatment. In case the medical expenses turn out not to be payable under insurance policy, I pledge myself to pay such medical expenses as not covered under the insurance policy to the hospital or medical provider (or to SOMPO JAPAN) without delay.

〈4〉他の保険契約等の保険金請求に関する同意 AUTHORIZATION FOR INSURANCE CLAIMS FROM OTHER POLICIES

同一の損害または費用に対して、支払責任を負う保険契約および他の保険契約等(保険契約、共済契約その他の名称であるかを問いません。以下同様とします)から、保険契約等で定められた保険金等の額を超えて支払を受けた場合には、その超えた額を、損保ジャパンまたは他の保険契約等の損害保険会社・共済等へ直ちに返還します(損保ジャパンまたは他の保険契約等の損害保険会社・共済等から返還方法の指定があった場合には、その方法に従います)。また、他の保険契約等がある場合、損保ジャパンがその保険契約等の損害保険会社・共済等に対して、損保ジャパンの負担すべき部分(他の保険契約等がないとする場合に各損害保険会社・共済等が支払うべき保険金等の額の合計額に対する損保ジャパンの支払すべき額の割合をてん補損害額に乘じて得た額)を超えて支払った額を求償することに同意します。

I agree that if I receive payments such as insurance payouts that exceed the amount of insurance money, etc., stated in the policy under which this claim is made or in any other policies, etc., (insurance contracts, mutual aid contracts or any other contracts under whatever name they are known and under which payouts, etc., are made to cover the same damage or cost; and the same applies in this contract) for the same damage or cost, I shall repay, without delay, the amount exceeding the insurance money, etc., to SOMPO JAPAN or to the other non-life insurance companies, mutual aid associations, etc., with which the relevant insurance contracts, etc., are concluded. [If SOMPO JAPAN, other non-life insurance companies, mutual aid associations, etc., with which the relevant insurance contracts, etc., are concluded, specify procedures for such repayment, I shall follow the procedures.]

In the case of the existence of other insurance contracts, etc., I agree that SOMPO JAPAN may claim any excess of the amount it is obliged to payout from the non-life insurance companies, mutual aid associations, etc., with which the relevant insurance contracts, etc., are concluded.

裏面の記入例をご参考のうえ、状況・損害の程度を具体的にご記入ください。

記入日 (DATE)	年 月 日 (YEAR) (MONTH) (DAY)	保険金請求者 (CLAIMANT)	住所 (ADDRESS)	〒 一 (フリガナ) 都道府県
契約証・ 証券番号	署名・捺印 (NAME-SIGNATURE)		(フリガナ)	印
保険期間 (INSURANCE PERIOD)	年 月 日 ～ 年 月 日	生年月日 性別 □男(Male) □女(Female)	年 月 日生	生年月日 年 月 日生
請求種類	□傷害治療費用 (Injury-Medical Exp) □疾病治療費用 (Sickness-Medical Exp) □救援者費用 (Rescuer's Exp) □死亡(Death) □携行品 (Baggage) □賠償責任 (Liability) □航空機寄託手荷物遅延 (Baggage Delay Exp) □航空機遅延 (Flight Delay Exp) □旅行変更費用 (Alteration Exp) □その他 (Others)	日中連絡の取れる 電話番号 (TEL)	()	□自宅・□勤務先・□携帯 (Home) (Office) (Mobile)

保険金の支払先 に関する指図書	<input type="checkbox"/> 銀行等への口座へ振込希望。振込をもって支払がなされたものと認めます。 <input type="checkbox"/> 小切手希望。(海外での支払のみとなります。日本ではお取扱いしておりません。)												
	金融 機関	フリ ガナ	銀行 信託 信金 信組 農協 労金 ゆうちょ銀行	フリ ガナ	銀行 信託 信金 信組 農協 労金 ゆうちょ銀行	本店	支店	口座 種類 普通 当座 貯蓄	店番・記号	(口座)番号			
口座 名義 (カタ カナ)								受取人ご住所 (保険金ご請求者と同じ 時はご記入は不要です)	〒 一				
								海外受取の場合は 銀行振込先住所 (Address of Bank)					

保険会社使用欄

保険会社受付日	【代理店記入欄】		支 払 金 額 (保険金)(その他)	0	9	8	7	6	5	4	3	2	1	SC課長	担当者	オペレーター	支払日 (承認日)
	受領日	受領者															
	年 月 日																

株式会社損害保険ジャパンの個人情報保護宣言等については下記ホームページをご確認ください。

ホームページアドレス <http://www.sompo-japan.co.jp>

(99KH5962) [201057] Ver 2.00

3

今回の件で、同一の損害または費用を補償する他の保険契約等（共済契約を含みます。）をすべてご記入ください。

他の保険契約

<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 「有」の場合は以下をご記入ください。		
保険契約・会社名		契約証番号
海外旅行傷害保険が付帯されているクレジットカード <input type="checkbox"/> 三井住友VISA <input type="checkbox"/> UC <input type="checkbox"/> JCB <input type="checkbox"/> DC <input type="checkbox"/> NICOS <input type="checkbox"/> JAL <input type="checkbox"/> ANA <input type="checkbox"/> その他 ()		カード番号
保険金請求の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		

以下は、必ずご記入ください。下記(1)、(2)は該当する欄をご記入ください。

4

損害日時/受傷日・症状が現れた日 年 月 日 AM/PM 時頃	事故地(国名・場所)
損害・ケガ・病気の状況 <<できるだけ詳しくご記入ください。>>	

損害・治療の状況をご記入ください

(1)治療費等の場合

治療費等の詳細については以下にご記入のうえ、領収書を添付してください。(支払通貨を必ずご記入ください。)					
初診日 年 月 日	過去に同様のケガ・病気を したことがありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	左記「はい」の場合 治療を受けましたか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	受診日: 年 月 日 病名・病院名 <input type="checkbox"/> いいえ
治療費・薬代・入院費等 ※キャッシュレスサービスを利用しましたか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				合計金額(通貨)	※支払通貨をご記入ください
その他・交通費等					

携行品損害・航空機寄託手荷物遅延・旅行事故緊急費用の場合ご記入ください。						
品名	数量	購入先	購入価格(通貨)	購入年月日	領収書・保証書の有無	保険会社使用欄
			()		有・無	
			()		有・無	
			()		有・無	
			()		有・無	
			()		有・無	
			()		有・無	

※スーツケース修理サービスを利用していますか? はい いいえ

ご請求方法詳細につきましては、海外旅行保険ポケットガイドをご参照ください。なお、スーツケースにつきましては、損保ジャパンから「スーツケースサービスのご案内書」をお取り寄せいただいたうえで、損保ジャパン提携の修理会社へ直接お送りいただくこととなります。スーツケース修理サービスのご提供は日本国内に限ります。また、修理が不可能な場合には、損保ジャパンからご連絡させていただきます。

保険金請求金額:紙面不足の場合は別紙可

航空機遅延・旅行事故緊急費用の場合

航空機寄託手荷物遅延・旅行事故緊急費用の場合 目的地到着日時: 年 月 日 時 便				荷物が到着した日時: 年 月 日 時
警察届出(携行品盗難の場合は必須) 届出警察署(住所)				証人欄(証人ご本人が署名・捺印ください) 上記の通り事故を確認します。
届出年月日				名前 住所 TEL 被保険者との関係
受理番号				印

航空機遅延・旅行事故緊急費用の場合 出発遅延 □ 月 日 便 乗継遅延 □ 時 分発				費用明細(領収書を添付してください) (通貨)	
出発遅延 □ 乗継遅延 □	出発予定便・予定日時	乗継予定便の出発予定日時	代替便・出発日時	宿泊費	()
	月 日 便	月 日 便	月 日 便	食事代	()
			交通費	()	
			通信費	()	
			旅行サービス取消料	()	
			合計	()	

ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT (診断書)

Patient's Name:

(患者氏名)

Patient's Date of Birthday:

(患者生年月日)

Date of Sickness (first symptoms) or Injury (症状が現れた日):

Date the Patient first consulted you for this condition (初診日):

Is condition due to pregnancy ? (妊娠による病気ですか?):

YES (はい) NO (いいえ)

Describe any other disease affecting present condition (他の疾患の影響がありますか?):

If Patient has had same or similar symptoms before, please give approx. date and whether recovered.

(以前に患者に同様の症状があれば、その日付け、および、治癒したかどうか):

Name & Address of facility where services were rendered (If other than home or office)

(他の機関で治療を受けている場合、その病院名および住所):

Date(s) of Services (治療・入院期間)

Home visit (往診) From (M) (D), 20 (Y) to (M) (D), 20 (Y)

Outpatient (外来) From (M) (D), 20 (Y) to (M) (D), 20 (Y)

Inpatient (入院) From (M) (D), 20 (Y) to (M) (D), 20 (Y)

State Diagnosis or Nature of Sickness or Injury (診断名または症状):

Date of service (治療日)	Fully describe procedures, medical services of supplies furnished (治療内容をご記入ください)	Charge (治療費用)	AMOUNT PAID (受領済金額)
			US\$
			YEN
			BALANCE DUE (未受領金額)
			US\$
			YEN
TOTAL CHARGE (合計)	US\$ YEN		

Attending Physician (担当医)

Address (住所)

Tel (電話)

Signature of Attending Physician

Date: (M) (D) 20 (Y)

新・海外旅行保険／海外旅行総合保険／海外旅行傷害保険保険金請求書の記入例

この用紙は、「保険金請求書」「個人情報の取扱いに関する同意書」「キャッシュレスメディカルサービス利用に関する委任・同意書」「他の保険契約等の保険金請求に関する同意書」「事故状況説明書」「診断書」となっております。

「保険金請求書」「事故状況説明書」は記入例をご参照のうえ正確にご記入ください。「診断書」は治療を受けた場合、現地の病院で記入してもらってください。

1	記入日 (DATE)	2010年 1月 4日 (YEAR) (MONTH) (DAY)	保険金請求 請求書 請求書 請求書 (CLAMANT)	住所 (ADDRESS)	〒 160 - 8338 (フリガナ) シンジシック 東京  新宿区 西新宿 1-26-1	
契約証 証券番号	JJ0001234567	署名・捺印 (NAME-SIGNATURE)		(フリガナ) ソンボ タロウ 	保険料 未納 請求書 請求者が (フリガナ)	
保険期間 (INSURANCE PERIOD)	2009年 12月 28日 2009年 12月 31日	生年月日 性 別		1975年 2月 23日生 <input checked="" type="checkbox"/> 男(Male) <input type="checkbox"/> 女(Female)	生年月日	年 月 日生
請求種類	日中連絡の取れる 電話番号 (TEL)			00 (0000) 0000	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅、 <input type="checkbox"/> 勤務先、 <input type="checkbox"/> 携帯 (Home) (Office) (Mobile)	

保険金のご請求は、被保険者（保険の対象となる方）が必ずご自分でご記入、ご捺印ください。未成年の場合は、親権者または後見人の方が、ご記入、ご捺印ください。

海外で保険金をご請求される場合、パスポートと同じサインをお願いします。

保険 金の支 払先 に開示す る旨の記 載	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行等への口座へ振り込み希望。振込をもって支払いがなされたものと認めます。 <input type="checkbox"/> 小切手希望。(海外での支払いのとなります。日本ではお取り扱いしておりません。)									
	金融 機関	フリ ガナ ジャパン	(選択) 銀行 新宿	フリ ガナ 新宿	シジカ 新宿	(本店) 新宿	口座 種類 (新規) 新宿	(新規) 新宿	店番・記号 000	(口座) 番号 000000000000

保険金振込指図欄のご記入に相違がありますと、照会等のためにお振り込みが遅れることがありますので、お間違えのないようご記入ください。

他に同種の保険契約がある場合には必ずご記入ください。

同種の保険契約とは、海外旅行総合保険、新・海外旅行保険、海外旅行傷害保険、クレジットカードに付帯する海外旅行傷害保険、普通傷害保険、傷害総合保険、家族傷害保険、交通事故傷害保険等をいいます。

③ 今回の件で、同一の損害または費用を補償する他の保険契約等（共済契約を含みます。）をすべてご記入ください。

<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	「有」の場合は以下をご記入ください。
保険契約・会社名		契約証番号
海外旅行傷害保険が付帯されているクレジットカード <input type="checkbox"/> 三井住友VISA <input type="checkbox"/> UC <input type="checkbox"/> JCB <input type="checkbox"/> DC <input type="checkbox"/> NICOS <input type="checkbox"/> JAL <input type="checkbox"/> ANA <input type="checkbox"/> その他 ()		カード番号
保険金請求の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		

以下は、必ずご記入ください。下記(1)、(2)は該当する欄をご記入ください。

4	損害日時/受傷日/症状が現れた日 2009年 12月 29日 AM/FM 10時頃 損害・ケガ・病気の状況 『できるだけ詳しく記入ください。』 観光中石畳につまずき転倒。膝をケガしたので現地で治療した。 首からぶら下げていたカメラもその時ぶつけて壊れシャッターが 動かなくなってしまい帰国後に修理した。	事故地(国名・場所) ハイ・ホノルル		
(1) 治療費等の場合は	治療費等の詳細については以下にご記入のうえ、領収書を添付してください。(支払通貨を必ずご記入ください。)			
	初診日 2009年 12月 30日	過去に同様のケガ・病気を したことがありますか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	左記「はい」の場合 治療を受けましたか
損害	治療費・薬代・入院費等 治療費US\$99.89 薬代US\$10.51 ※キャッシュレスサービスを利用しましたか? <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ			合計金額(通貨) US\$110.40
	その他・交通費等			

治療を受けた場合の記入例

損害・治療の状況をご記入ください	携行品損害・航空機寄託手荷物遅延・旅行事故緊急費用の場合ご記入ください。						
	品名	数量	購入先	購入価格(通貨)	購入年月日	領収書・保証書の有無	保険会社使用欄
(2) 携行品賠償責任航空機寄託手荷物遅延・旅行事故緊急費用の場合	○○○カメラAB-1	1	○○電気	39,000(円)	2007年12月12日	有・無	
						()	
						()	有・無
						()	有・無
						()	有・無
						()	有・無
※スーケース修理サービスを利用していますか? <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ							
ご請求方法詳細につきましては、海外旅行保険ポーターガイドをご参照ください。なお、スーケースにつきましては、損保ジャパンから「スーケースサービスの案内書」をお取り寄せいたします。うえで、損保ジャパンが提供する会社へ直接お送りいただくことになります。スーケース修理サービスのご提供は日本国内に限ります。また、修理が不可能な場合に、損保ジャパンからご連絡させていただきます。							
保険金請求金額:紙面不足の場合は別紙可							
カメラの修理代 ￥8,500							
航空機寄託手荷物遅延・旅行事故緊急費用の場合 目的地到着日: 年 月 日 時 便							
荷物が到着した日時: 年 月 日 時							
警察届出(携行品盗難の場合は必須) 届出警察署(住所)							
証人欄(証人ご本人が署名・捺印ください) 上記の通り事故を確認します。							
届出年月日							
名前 保険一郎 住所 東京都新宿区西新宿1-26							
受理番号							
TEL 03-0000-0000 被保険者との関係 同行者							
航空機遅延・旅行事故緊急費用の場合							
費用明細(領収書を添付してください) (通貨)							
出発遅延 □ 乗継遅延 □	出発予定便・予定日時			東京予定便の出発予定日時		代替便・出発日時	
						宿泊費: ()	
						食事代: ()	
						交通費: ()	
					通信費: ()		
					旅行サービス取扱料: ()		
					合計: ()		