

海外旅行保険 保険金請求書 兼 同意書

治療費用専用

ご記入日 20 年 月 日

AIG損害保険株式会社 宛

- 当請求書の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。
- 被保険者と支払先口座名義人が異なる場合、被保険者は支払先口座名義人が保険金を受領することについて同意のうえ署名・捺印します。
- 同一の損害または費用に対して、本保険金請求書の対象となる保険契約および他の保険契約など(保険契約、共済契約その他いかなる名称であるかを問わず、同一の損害または費用に対して保険金などを支払う契約をいいます。本書面では同様とします)から、保険契約で定められた保険金などの額を超えて保険金などの支払いを受けた場合には、保険契約で定められた保険金などを超えた額について、貴社または他の保険契約などの損害保険会社・共済などへ直ちに返還します(貴社または他の保険契約などの保険会社・共済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、他の保険契約などがある場合、貴社がその保険契約などの損害保険会社・共済などに対して貴社の負担部分を超える額を求償することに同意します。
- 医療機関にてキャッシュレス・メディカルサービスの提供を受けた場合には、その治療費用についての保険金請求権を医療機関に委任します。また当該保険において支払対象外と判明した治療費については、速やかに医療機関、医師、または貴社に支払うことを誓約します。
- 私は今回、保険請求するにあたり、下記の各項目に同意します。なお、本書の写真複写(コピー)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.

■ 保険金支払に必要な医療情報の提供
 AIG損害保険株式会社の担当者(AIG損害保険株式会社が委託依頼した者も含む)が、被保険者を診療または治療した全ての医療機関および関係者から、
 ①被保険者の傷病の原因・症状・診断内容・治療内容・検査結果・既往症などについて説明を受けること。
 ②被保険者の診断書・診療報酬明細書・施術証明書・その他証明書や診療情報資料、レントゲンフィルムなどの検査資料の提供を受けること(資料の複写や撮影を行うことを含む)。
 I hereby authorize any hospital, physician, or other person who has attended or examined the insured, to furnish to AIG General Insurance Co., Ltd. or its authorized representative, any and all information with respect to any sickness or injury, medical history, consultation, prescriptions or treatment as well as copies of all hospital or medical records.

- 個人情報の取扱い
 AIG損害保険株式会社が、今回の保険金請求に関する個人情報を次の目的のために利用すること。
 ①今回のご請求に関わる保険事故の調査および保険金のお支払い ②保険契約のお引受け、ご継続・維持管理
 ③日本におけるAIGグループ会社・提携会社等が取り扱うサービスや各種商品のご案内・提供、ご契約の維持管理
 ④弊社業務に関する情報提供および運営管理、商品・サービスの充実 ⑤お客さまとのお取引および業務運営を適切かつ円滑に履行するために行う業務
 ⑥その他上記に付随する業務
 また、次の場合に外部へ提供する場合があります。
 ①利用目的の達成に必要な範囲内において、保険代理店を含む委託先(外国にある事業者を含みます)へ提供する場
 ②保険金の適正および迅速な支払いその他保険契約の履行のために必要な範囲内で、保険事故の関係者(事故当事者、医療機関、事故当事者の関係する保険会社、修理業者等、外国にある事業者を含みます)に提供する場合
 ③再保険(再保険以降の出再を含みます)の手続きをする場合(外国にある事業者との間の手続きを含みます)
 ④ご本人の保険契約内容を保険業界において設置運営する情報制度に登録する等、保険制度の健全な運営に必要であると考えられる場合
 ⑤AIGグループ会社と共同利用する場合 ⑥その他法令に根拠がある場合

1 被保険者(旅行者・保険の対象となる方)・保険金請求者

契約証・証券番号 (企業包括契約の方はID No.もご記入ください) ①		複数のご契約がありましたらご記入ください ②	
フリガナ		③	
被保険者	お名前 (男) (女) 印	日中のご連絡先	(自宅) (勤務先) (携帯) (- -)
	ローマ字 Printed Name of Insured	生年月日 Date of Birth	年 月 日 歳 YY MM DD
	ご住所 日本国内 〒 -		
	E-Mail アドレス	勤務先	
以下は保険金請求者が被保険者(旅行者・保険の対象となる方)と異なる場合にご記入ください。 また、被保険者が未成年の場合は、親権者の方がご署名・ご捺印ください。			
保険金請求者	フリガナ	日中のご連絡先	(自宅) (勤務先) (携帯) (- -)
	お名前 印		
	ご住所 日本国内 〒 -		
	E-Mail アドレス		

- カード・通帳をご確認のうえ、口座名義のカタカナ・スベルを印字通りにご記入ください。
- 貯蓄口座へのお振込みはできません。

2 保険金支払先

銀行	J A	支店	ゆうちょ銀行
信用金庫	信用組合		
店番号	口座番号	通帳記号	通帳番号
(普通・総合) (当座)		1 0	
□座名義(カタカナ) 左つめでご記入ください			

次項へ続く



代理店 受付日	年 月 日	保険会社 受付日	
------------	-------	-------------	--

●該当するものがある場合は必ずご記入ください。

3 他の保険契約などについて

他に契約されている海外旅行保険	会社名	証券番号	請求の有無	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
お持ちの海外旅行保険付帯クレジットカードに○印をつけてください	<input type="checkbox"/> JCB <input type="checkbox"/> 三井住友VISA <input type="checkbox"/> UC <input type="checkbox"/> DC <input type="checkbox"/> マスター <input type="checkbox"/> SuMI TRUST CLUB(シティ) <input type="checkbox"/> NICOS(ニコス) <input type="checkbox"/> オリコ <input type="checkbox"/> MUFG <input type="checkbox"/> ジャックス <input type="checkbox"/> ライフ <input type="checkbox"/> アプラス <input type="checkbox"/> CF <input type="checkbox"/> VIEW <input type="checkbox"/> ダイナース <input type="checkbox"/> アメックス <input type="checkbox"/> JAL <input type="checkbox"/> ANA <input type="checkbox"/> UA <input type="checkbox"/> OMC <input type="checkbox"/> イオン <input type="checkbox"/> VISAエグゼクティブ <input type="checkbox"/> VISAアミティEA <input type="checkbox"/> JCBネクサス・グランデ <input type="checkbox"/> EPOS(エポス) <input type="checkbox"/> 楽天 その他のクレジットカード 【カード名: _____】				
	今回の旅行代金は上記ご申告いただいたクレジットカードを使用して支払いされていますか。				

4 おケガ・ご病気・事故の状況

いつ起こりましたか	おケガ	おケガをされた日をご記入ください。 年 月 日			ご病気	発症日と初診日をご記入ください。 発症 年 月 日 初診 年 月 日		
どこで起こりましたか	国名				都市名			
おケガ・ご病気に至った経緯・症状など詳しくご記入ください								
1) 過去に今回のおケガ・ご病気に至った経緯・症状で治療を受けられたことがありますか	<input type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> はい	治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日			その症状は治癒していましたか	<input type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> はい	病院名
2) 常用されているお薬があればお知らせください	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり	薬名						

5 委任状

●医療機関などへの支払を希望される場合はご記入ください。

私は、私を治療した病院・医師、その他()を代理人と定め、当該事故に係わる保険金の請求並びに受領に関する一切の権限を委任します。

署名日	20 年 月 日
被保険者署名	<input type="text"/>

6 治療費用・救済者費用について

●記入欄が足りない場合は、別紙にご記入のうえご提出ください。
●金額は支払い通貨でご記入ください。
●負担された費用の領収書をこの請求書と一緒に送付してください。

項目	通貨	金額
治療費・入院費	<input type="checkbox"/> アメリカドル <input type="checkbox"/> ユーロ <input type="checkbox"/> イギリスポンド <input type="checkbox"/> 中国元 <input type="checkbox"/> 日本円 <input type="checkbox"/> その他 ()	
処方薬購入費	<input type="checkbox"/> アメリカドル <input type="checkbox"/> ユーロ <input type="checkbox"/> イギリスポンド <input type="checkbox"/> 中国元 <input type="checkbox"/> 日本円 <input type="checkbox"/> その他 ()	
弊社提出用診断書代 *弊社提出用の診断書代が対象となります。	<input type="checkbox"/> アメリカドル <input type="checkbox"/> ユーロ <input type="checkbox"/> イギリスポンド <input type="checkbox"/> 中国元 <input type="checkbox"/> 日本円 <input type="checkbox"/> その他 ()	
入院または通院のための交通費	<input type="checkbox"/> アメリカドル <input type="checkbox"/> ユーロ <input type="checkbox"/> イギリスポンド <input type="checkbox"/> 中国元 <input type="checkbox"/> 日本円 <input type="checkbox"/> その他 ()	*公共交通機関をご利用の場合 公共交通機関名 _____ 運賃(片道あたり) _____ 往復回数 _____ 回 *自家用車をご利用の場合 往復距離 _____ km 往復回数 _____ 回 *タクシーをご利用の場合 ご利用金額合計 _____ タクシーをご利用の場合は領収書をご提出ください。
(入院時)国際電話料など通信費	<input type="checkbox"/> アメリカドル <input type="checkbox"/> ユーロ <input type="checkbox"/> イギリスポンド <input type="checkbox"/> 中国元 <input type="checkbox"/> 日本円 <input type="checkbox"/> その他 ()	
(入院時)入院に必要な身の回り品購入費	<input type="checkbox"/> アメリカドル <input type="checkbox"/> ユーロ <input type="checkbox"/> イギリスポンド <input type="checkbox"/> 中国元 <input type="checkbox"/> 日本円 <input type="checkbox"/> その他 ()	
その他()	<input type="checkbox"/> アメリカドル <input type="checkbox"/> ユーロ <input type="checkbox"/> イギリスポンド <input type="checkbox"/> 中国元 <input type="checkbox"/> 日本円 <input type="checkbox"/> その他 ()	

救済者が要した費用

項目	通貨	金額
航空運賃など交通費	<input type="checkbox"/> アメリカドル <input type="checkbox"/> ユーロ <input type="checkbox"/> イギリスポンド <input type="checkbox"/> 中国元 <input type="checkbox"/> 日本円 <input type="checkbox"/> その他 ()	
宿泊施設の客室料	<input type="checkbox"/> アメリカドル <input type="checkbox"/> ユーロ <input type="checkbox"/> イギリスポンド <input type="checkbox"/> 中国元 <input type="checkbox"/> 日本円 <input type="checkbox"/> その他 ()	
現地での交通費	<input type="checkbox"/> アメリカドル <input type="checkbox"/> ユーロ <input type="checkbox"/> イギリスポンド <input type="checkbox"/> 中国元 <input type="checkbox"/> 日本円 <input type="checkbox"/> その他 ()	
諸雑費 (入院に必要な身の回り品購入費、通信費など)	<input type="checkbox"/> アメリカドル <input type="checkbox"/> ユーロ <input type="checkbox"/> イギリスポンド <input type="checkbox"/> 中国元 <input type="checkbox"/> 日本円 <input type="checkbox"/> その他 ()	
その他()	<input type="checkbox"/> アメリカドル <input type="checkbox"/> ユーロ <input type="checkbox"/> イギリスポンド <input type="checkbox"/> 中国元 <input type="checkbox"/> 日本円 <input type="checkbox"/> その他 ()	

