

海外旅行保険 保険金請求書 兼 同意書

- ・緊急一時帰国用
- ・クルーズ旅行取消用
- ・旅行変更用

AIG損害保険株式会社 宛

ご記入日 20 年 月 日

- 貴社との保険契約に基づき、関係書類を添付のうえ保険金を請求します。
- 貴社が本保険金請求に関する私（保険契約者、被保険者または補償対象者）の個人情報、保険契約の履行（保険金支払の可否、支払金額の算定など）および各種サービスの提供のために取得、利用すること、ならびに貴社が業務上必要とする範囲において、個人情報を別紙「個人情報の取扱いについて」のとおり取得、利用、提供することに同意します。
- 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。

1 被保険者（旅行者・保険の対象となる方）・保険金請求者

- 法人の場合は法人名にてご記名、押印してください。
- 被保険者が未成年の場合は、親権者の方がご記入ください。

被保険者	フリガナ			印	日中のご連絡先	(自宅) (勤務先) (携帯) (- -)
	お名前				E-Mailアドレス	
	ご住所	〒 -	現地		性別	男 () 女 ()
	勤務先		生年月日	年 月 日	歳	
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			印	日中のご連絡先	(自宅) (勤務先) (携帯) (- -)
	お名前				E-Mailアドレス	
	ご住所	〒 -				

2 請求される保険

- 弊社のご契約についてご記入ください。

証券番号をご記入ください	①	複数のご契約がありましたらご記入ください	②	③
--------------	---	----------------------	---	---

3 他社のご契約

- ご請求可能な他の保険契約などがありましたらご記入ください。

保険会社などの名称	保険の種類	証券番号	保険金請求の有無	連絡先
			あり () なし ()	- -
			あり () なし ()	- -

4 保険金支払先

- カード・通帳をご確認のうえ、口座名義のカタカナ・スペ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。

銀行 () JA () 信用金庫 () 信用組合 ()	支店		ゆうちょ銀行 ()	
	店番号	口座番号	記号	番号
普通・総合 () 当座 ()			1 0	
口座名義(カタカナ) 左づめでご記入ください				

次項へ続く



45T-341

代理店
受付日

年 月 日

保険会社
受付日

5 事故の状況

いつ起こりましたか	20	年	月	日	<input type="radio"/> 午前 <input type="radio"/> 午後	時	分頃
どこで起こりましたか	国内	<input type="radio"/> 都 <input type="radio"/> 道		<input type="radio"/> 市 <input type="radio"/> 郡		<input type="radio"/> 府 <input type="radio"/> 県 <input type="radio"/> 区	
	海外	国名()			都市名()		
どのようにして起こりましたか	----- ----- -----						

6 緊急一時帰国費用のご請求について

死亡または危篤となられた方のお名前(被保険者とのご関係)	死亡または危篤となられた日	日本への帰国日	日本からの再出国日(または予定日)
()	20 年 月 日	20 年 月 日	20 年 月 日
費用の明細についてご記入ください			
費用項目(交通費の場合は経路についても明記してください)	金額	領収書(ありの場合ご同封ください)	
		<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり	
		<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり	
		<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり	
		<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり	
		<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり	
		<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり	
		<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり	

7 クルーズ旅行取消費用のご請求について

受傷者もしくは発症者名				被保険者とのご関係		
ご病気の場合は発症日と初診日をご記入ください	発症日	20	年	月	日頃	
	初診日	20	年	月	日	
その症状のため、ご入院されましたか	<input type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> はい		▶ 20 年 月 日から 20 年 月 日まで			
その症状のため、医師から旅行中止の指示がでましたか	<input type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> はい		▶ 医師からの指示内容を診断書上に記載して頂くよう、担当医にご依頼ください。			
受傷者もしくは発症者は過去に今回のおケガ・ご病気と同じ症状で治療を受けたことがありますか						
<input type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> はい	病院名				その症状は治癒していましたが	
	治療期間	20	年	月	日	まで <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ

8 旅行変更費用のご請求について

該当するものにご記入ください	<input type="radio"/> 個人手配 <input type="radio"/> ツアー	▶ ツアー名をご記入ください()				
	<input type="radio"/> 出国中止 <input type="radio"/> 中途帰国	出国中止もしくは中途帰国日 20 年 月 日				
病気やケガにより旅程を変更された場合はこちらにご記入ください						
受傷者もしくは発症者名				被保険者とのご関係		
ご病気の場合は発症日と初診日をご記入ください	発症日	20	年	月	日頃	
	初診日	20	年	月	日	
受傷者もしくは発症者は過去に今回のおケガ・ご病気と同じ症状で治療を受けたことがありますか						
<input type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> はい	病院名				その症状は治癒していましたが	
	治療期間	20	年	月	日	まで <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ

