

海外旅行保険 保険金請求書 兼 同意書

ご記入日 20 年 月 日

AIG 損害保険株式会社 宛

- 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。
- 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、共済契約その他の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過した額について、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。

※ 以下1~5は必ずご記入ください。6以降は該当項目のみご記入ください。

- 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。

1 被保険者（旅行者・保険の対象となる方）・保険金を請求される方

契約証・証券番号	①	複数のご契約 がありましたら ご記入ください	②
企業包括契約の方は ID No.もご記入ください			③
フリガナ		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。			
フリガナ		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 他社のご契約

● 該当するものがある場合は必ずご記入ください。

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	(なし) (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アミティエA <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。 (はい) (いいえ)			

3 おケガ・ご病気・事故の状況

● 事故の内容や損害の額などに関して、追加書類や証拠の提出、または弊社が行う調査への協力を求める場合があります。

いつ起こりましたか	20 年 月 日	現地時間	(午前) (午後)	時 分頃
どこで起こりましたか	国名() 都市名()			
どのように 起こりましたか				
警察・航空会社の事故証明書	(なし) (あり)	届出先	届出年月日	20 年 月 日
証人欄 事故証明書がない場合で 証人がいる場合 ご記入ください	お名前	連絡先電話番号	- -	被保険者との関係

- ご希望の支払方法を○で囲んでください。
- 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。
- 山澤工房(カバン等の修理サービス)をご利用希望の場合は記入不要です。

4 保険金支払先

① 小切手で受取り希望(海外滞在中で現地の銀行口座をお持ちの方のみ)

小切手送付先住所

② 以下口座への振り込み希望

銀行 (信用金庫)	J A (信用組合)	支店	ゆうちょ銀行
店番号	口座番号	通帳記号	通帳番号
(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			

5 同意書

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、被保険者を診察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ること。
- 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)へ提供する場合
 - 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
 - ⑤ AIG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

記入日	20 年 月 日
被保険者署名 Signature of Insured	ローマ字 漢字
	印

6 家族旅行特約がセットされている場合

● 個別契約の場合は保険金を請求される方がお一人ずつ保険金請求書をご提出ください。

1の被保険者以外の被保険者にも損害がある場合は、右欄にご署名いただくことにより、本請求書にてご請求いただけます。本請求書の同意事項および4の保険金支払先にお振込みすることに同意のうえご署名、ご捺印ください。	被保険者名	印	印
		印	印

7 治療費用・救済者費用

● 医師に裏面の診断書の記入をご依頼ください。

初診日	20 年 月 日	以前に本症状に関して治療を受けたことがありますか?	(なし) (あり)
傷病名および症状		"あり"の場合、いつですか?	年 月 から 年 月
		"あり"の場合、治療されていましたか?	治療された時期はいつですか?
入院	(なし) (あり)	① 治療していた(年 月) ② 治療していなかった	
治療に要した費用など		入院または通院のための交通費	
項目	金額	交通機関	利用日
治療費・手術費など (薬代・レントゲン等諸検査費・ 職業看護費・入院室料 など)	¥. \$ ()	区間・経路・回数	金額
医師の診断書料(弊社提出用)	¥. \$ ()		¥. \$ ()
治療のために必要な通訳雇入費	¥. \$ ()		¥. \$ ()
(入院時)必要となった国際電話料等通信費・ 入院に必要な身の回り品購入費	¥. \$ ()	合計	¥. \$ ()
他()	¥. \$ ()	公共交通機関の場合は、区間と回数をご記入ください。 タクシーの場合は、領収書を添付してください。 自家用車の場合は、区間、距離と回数をご記入ください(金額の記入は不要です)。	
合計	¥. \$ ()		
救済者が要した費用			
支出した項目	人数・宿泊数など	支出日	内容(ご利用の区間、ホテル名など)
		月 日	金額
		月 日	¥. \$ ()
		月 日	¥. \$ ()
		月 日	¥. \$ ()

委任状(Power of Attorney)

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	印

裏面へ続く



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

● 医療機関へ作成をご依頼ください。

8 携行品・生活用動産

- 購入金額欄には定価ではなく実際の購入額をご記入ください。
- 携行品・生活用動産のご請求の場合、お支払いの対象となるのは、被保険者が所有する身の回り品、またはこの度のご旅行のためにご旅行開始前に無償で借り入れた身の回り品に限られます。なお、お支払いの対象となる身の回り品などの詳細については約款をご確認ください。

損害品	メーカー・型番・ブランドなど	所有者	数量	損害品の購入価格(単価)	損害品の購入先	損害品の購入年月	領収書・保証書・取扱説明書などの有無
						年 月 日	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
						年 月 日	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
						年 月 日	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
						年 月 日	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
						年 月 日	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり

カバン（スーツケースなど）の破損の場合、以下ご同意の上、修理サービスを希望されますか
 ・弊社または修理業者（株式会社 山澤工房）からご連絡させていただくこと 希望する 修理見積のみ
 ・修理がなされた場合、修理代金を保険金として弊社から直接、修理業者（株式会社 山澤工房）に支払うこと 希望しない

9 旅行事故緊急費用・航空機寄託手荷物遅延等費用・航空機遅延費用

航空機寄託手荷物遅延の場合はご記入ください

搭乗便の到着日時	手荷物受領日時	搭乗便の区間	手荷物を受領した場所
月 日 AM・PM :	月 日 AM・PM :		

購入日時	購入品	購入先	金額

航空機遅延による事故の場合はご記入ください

出発日時	到着日時	区間	便名
月 日 :	月 日 :	~	
月 日 :	月 日 :	~	
月 日 :	月 日 :	~	

負担日時	区間(交通手段)	金額
月 日 :	(~)	
月 日 :	(~)	

負担予定日時	区間(交通手段)	金額
月 日 :	(~)	(<input type="checkbox"/> 購入済 / <input type="checkbox"/> 未購入) 払戻しを受けた場合は金額をご記入ください。

宿泊日	施設名/宿泊地	1名あたりの宿泊費
月 日		
月 日		

食事代	通信費	キャンセル料など ※内訳と金額をご記入ください。

今回の航空機遅延・欠航・手荷物遅延につき、航空会社から補償を受けられている場合のみご記入ください。

補償内容	交通費・宿泊費・食事代・その他 ()	金額

10 賠償責任・家族総合賠償責任

相手方の物の損害		相手方のおケガの内容	
損害品の持ち主の方の氏名		おケガをされた方の氏名	
住所・連絡先	Tel (- -)	住所・連絡先	Tel (- -)
財産の種類・損害の程度		病院名・医師名 病院所在地	Tel (- -)
請求金額	¥・\$ ()	診断名・治療状況・おケガの程度など	

11 診断書 Medical Certificate

患者氏名 Patient's name			患者生年月日 Patient's Date of Birth	/ /
症状が現れた日 Date of illness (first symptom) or injury	/ /		他の疾病の影響はございますか Describe any other disease affecting present condition.	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes
初診日 Date of first consultation	/ /		妊娠による疾病ですか Is condition due to pregnancy?	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes
患者は以前に同様の症状を訴えたことがありますか Has patient ever had same or similar symptoms?	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes	いつ頃でしょうか If yes, give approx. date.	/ /	
		以前の症状で実際に治療を受けましたか If yes, did patient receive any treatment for prior symptoms by any doctor?		<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes
治療の期間 Period of your treatment	<input type="radio"/> 外来 Out patient	<input type="radio"/> 往診 Home visit	<input type="radio"/> 入院 Confinement	自 From / / 至 To / /
傷病名および経過 State diagnosis or nature of illness or injury.				
他の機関で治療を受けたならば、その病院名・住所 Name & address of facility where services were rendered for this illness or injury.			転医日 Date of transfer	/ /
治癒日 Date of Recovery	/ /		後遺障害の有無(ケガの場合) Prognosis (in case of injury)	<input type="radio"/> なし Good <input type="radio"/> あり Poor
職業看護師の付添が必要でしたか Was professional nursing required?	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes		自 From / / 至 To / /	
病院名・住所 Hospital name & address			電話 Tel (- -)	
担当医署名 Signature of attending physician			日付 Date	/ /

保険金ご請求の際のご注意

- 保険金のご請求の際は、保険金請求書に加えて、弊社担当者からお願いする書類を添付のうえご送付ください。

郵送先：

AIG損害保険株式会社

〒252-1191 綾瀬郵便局 私書箱19号 AIG損害保険株式会社 宛