

傷害保険 保険金請求書 兼 同意書

一般・事業者 兼用

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、契約内容、保険金額、保険金支払先を確認のうえ同意し、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。
また、貴社の担当者(貴社が委託、依頼した者を含む)が保険金の支払いに必要な範囲で、被保険者が診察または治療したすべての病院、医師および関係者からすべての疾病や傷害の記録を取得することに同意します。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。

契約者をご記入ください

1 契約者

〒 -	ご住所	Tel (- -)	ご連絡先	日中のご連絡先 (- -)
フリガナ		法人の場合は担当者のお名前をご記入ください		
お名前	印	担当者名		

● 弊社のご契約についてご記入ください。

2 請求される保険

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	- -

治療を受けられた方がご記入ください

4 おケガなどをされた方

● おケガなどをされた方(未成年の場合は親権者)をご記入、ご署名、ご捺印ください。

〒 -	ご住所	Tel (- -)	ご連絡先	日中のご連絡先 (- -)
(契約者と同じ)				
フリガナ	おケガなどをされた方	職業		
お名前	男 女	生年月日	年 月 日(歳)	
親権者、法定代理人またはご遺族等(上が本人ご署名でない場合のみ)	印	保険契約者との関係	① 本人 ② 配偶者 ③ 子 ④ その他()	
<input checked="" type="checkbox"/> 私(おケガなどをされた方またはその遺族)は、保険契約内容について理解するとともに、保険金支払額ならびに支払先について了知しています。				
運転中におケガをされた場合のみ、以下に運転免許証の内容をご記入ください。				
交付日	年 月 日	免許証番号	第 号	
有効期限	年 月 日まで有効	免許の種類	中型 準中型 普通 普自二 原付 大型 その他()	
免許証の色	ゴールド ブルー グリーン			

5 保険金支払先

● 貯蓄口座へのお振込みはできません。

ご希望の支払先を○で囲んでください (以下の口座) (保険料振替口座) ▶ 保険料振替口座の場合は、口座欄のご記入は不要です。

銀行 JA 支店	信用金庫 信用組合	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

6 以降も漏れなくご記入ください。

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



6 おケガなどをされたときの状況

	20	年	月	日	(午前)	(午後)	時	分頃	
いつ起こりましたか	業務中	就業中		出退勤途上		出張中		その他 ()	
	業務外	日常生活		旅行中		行事参加中		その他 ()	
どこで起こりましたか	① 「1.契約者」の住所と同じ		② 以下の場所		③ 海外 (国名:)		都市名: ()		
			都 道 府 県		市 郡 区				
どのようにして起こりましたか	●契約者が事業者の場合のみご記入ください。								
	① 契約者が業務のために所有もしくは使用する施設内				施設または現場名				
② 契約者が直接業務を行う現場内		③ その他 ()							

7 おケガなどの内容

● 保険金請求額の合計が10万円以下の場合、この申告欄にご記入ください。

おケガの名前	現在の治療について			入通院中		入通院中止		治ゆ																																					
治療期間	20	年	月	日	から	20	年	月	日まで																																				
入院期間	20	年	月	日	から	20	年	月	日まで																																				
通院日に○印を付けてください。 通院された期間が4か月を超える場合、以降の通院日は入院申告書(別紙)にご記入ください。 各月の「○」印の数をご記入ください。					固定具の装着について ※ 固定具とは、骨折・脱臼・靭帯損傷などの傷害を被った部位を固定するために「医師の指示により常時装着するギブスなど」を言います																																								
<table border="1"> <tr> <td>()月</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td> <td>通院</td> </tr> <tr> <td></td> <td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td> <td>計</td> <td>日</td> </tr> </table>					()月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	通院		17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	日	装着した部位 (固定した部位すべて) () ご記入ください。				
					()月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	通院																							
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	日																												
					固定具の種類 (名称)																																								
					ギブス																																								
					ギブスシャーレ																																								
					シーネ																																								
					ギブスシーネ																																								
					その他 ()																																								
					医師の指示により常時装着した期間																																								
					20		年		月																																				
					20		年		月																																				
					日		から		日																																				
					日		まで		日																																				
					手術はなさいましたか () () ()																																								
					手術について																																								
					手術名																																								
					手術日																																								
					年		月		日																																				
通院された日数合計					計		日		手術コード																																				
					K		J		-																																				
医療機関名					1.		Tel (- -)		2.																																				
					Tel (- -)		Tel (- -)																																						

8 治療費などのご負担

● 傷害医療費用を対象とする特約を付保されている場合はご記入ください。
● 治療費・交通費の合計金額が3万円を超える場合は、すべての領収書の写し(コピー)をご提出ください。
領収書の原本が不要な方は、原本をご提出いただいても結構です。(3万円以下の場合ご提出不要です。)

治療費のご負担	なし	① 労災	② 交通事故などで相手方が負担	負担された金額 (診断書料を除く)	円
	あり	① 健康保険	② 自費 ③ その他 ()		
入退院時・転院時(通院時を除く)の交通費	電車・バス・タクシー代などの合計金額		自家用車利用の場合		
	円	延べ走行距離	km	有料道路利用代	円

9 おケガをされた方の就業状況など

● 契約者が事業者の場合のみご記入ください。

契約者とのご関係	①	(事業主) (役員) (社員) (パート・アルバイト)	所属会社	(契約者と同じ)
	②	(建設業および貨物自動車運送業における下請負人またはその使用人(従業員など))	職種	
	③	(派遣社員) (その他) () *①②以外の契約(業務委託契約等)に基づき契約者の業務に従事するもの	通常の勤務状況	週あたりの平均労働日数は3日以上、かつ平均労働時間は15時間以上ですか? (はい) (いいえ)
今回のおケガにより就業できなかった期間はありますか。() () ()				
●おケガをされた方の所定の休日(土日など)は就業不能期間に含まれますが、その期間内に就業日がある場合はその日を除いてください。				
就業不能期間		就業できなかった期間		就業できなかった日数
20		年		月
日		から		20
日		まで		日
		のうち		① 全ての期間 ② () 日

10 出退勤の途上及び移動中におケガをされた場合

● 契約者が事業者の場合のみご記入ください。

出発地点	出発した時刻 (:)	① 自宅	② 会社	③ 現場	④ 取引先	⑤ その他 ()
	② ~ ⑤ の場合、所在地をご記入ください。		都 道 府 県		市 郡 区	
到着地点	到着予定時刻 (:)	① 自宅	② 会社	③ 現場	④ 取引先	⑤ その他 ()
	② ~ ⑤ の場合、所在地をご記入ください。		都 道 府 県		市 郡 区	

治療を受けられた方(未成年の場合は親権者)がご記入ください

契約者をご記入ください

