

❗ ご記入の前に、記載の内容をご確認ください。

契約者(保険金請求者)がご記入ください。

- 法人の場合は法人名をご記名ください。

忘れずに押印してください。

- 法人の方は「代表者印」を押印してください。
- 個人事業主の方は、弊社からの指定がない場合、認印で結構です。

保険証券をご確認のうえ、今回請求される保険の証券番号をご記入ください。

ほかに今回の事故(保険請求)が対象となる弊社の保険契約があれば、証券番号をすべてご記入ください。

*対象となる保険契約の例

おケガの場合:医療保険、傷害保険、自動車保険、海外旅行保険など

他の保険会社にご請求可能な保険契約がある場合は、内容をご記入ください。

おケガなどをされた方がご記入ください。

- おケガされた方が未成年の場合は、親権者の方がご記入ください。
- 事情によりご本人が請求できない場合は、法定代理人または法定相続人の方がご記入ください。

自動車、バイクを運転中におケガをされた場合は、運転免許の内容をご記入ください。

AIG損保へ返送する書類
一般・事業者 兼用

AIG 傷害保険 保険金請求書 兼 同意書

ご記入日 20XX年 9月 1日

AIG損保株式会社 宛

● 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(個人情報の取扱いについて)のとり得、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。

1 契約者

| | |
|---------------------|------------------------------------|
| 〒 130-XXXX | Tel (03 - XXXX - 1234) |
| ご住所 東京都〇〇区XX町 1-2-3 | ご連絡先 日中のご連絡先 (090 - XXXX - 5678) |
| フリガナ エイアイ タロウ | 法人の場合は担当者のお名前をご記入ください |
| お名前 永合 太郎 | 担当者名 |

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 123456XXXX | 複数のご契約がありましたらご記入ください | ② 98765XXXX | 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 |
|-----------|-------|------|----------|------------------|
| 東海上保険 | 傷害保険 | | あり なし | 03 - XXXX - XXXX |
| | | | あり なし | - |

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。

| | |
|----------------------------------|------------------------------------|
| 〒 - | Tel (03 - XXXX - 1234) |
| ご住所 (契約者と同じ) | ご連絡先 日中のご連絡先 (090 - XXXX - 9876) |
| フリガナ エイアイ ハナコ | 職業 会社員 |
| お名前 おケガなどをされた方 永合 花子 男 (印) | 生年月日 19XX年 6月 30日 (30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) | 保険契約者とのご関係 ①本人 ②配偶者 ③子 ④その他() |

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 |
| 免許証の色 | (ゴールド) (ブルー) (グリーン) | 免許の種類 | 大型 その他() |

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。

| | | | | |
|------------------------|-----------------|------|------|--------|
| 東西 | 銀行 JA | 南北 | 支店 | ゆうちょ銀行 |
| | 信用金庫 信用組合 | | | |
| 普通・総合 当座 | 店番号 0011234XXXX | 口座番号 | 記号 1 | 番号 0 |
| 口座名義(カタカナ) 左つめでご記入ください | エイアイ タロウ | | | |

次項へ続く

裏面も忘れずにご記入ください。

45P-311 M04Y19

代理店 受付日 年 月 日 保険会社 受付日

この書類を作成された日付をご記入ください。

ご連絡先をご記入ください。また、法人の場合は弊社からご連絡させていただきご担当者のお名前をご記入ください。

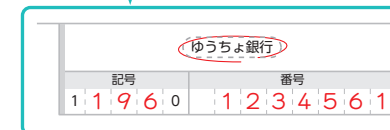
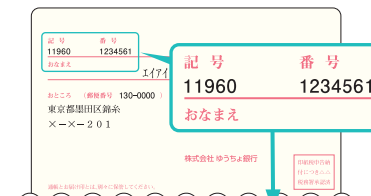
- 日中に連絡可能なご連絡先もお忘れなくご記入ください。

職業・生年月日・年齢および契約されている方とのご関係をご記入ください。

- ご関係が「その他」に該当する例:
生徒・会員・施設入場者・行事参加者など

保険金の支払先をご指定ください。

- 通帳などをご覧いただき、正しくご記入ください。
- 口座番号は、右つめでご記入ください。
- ゆうちょ銀行の場合は、下図を参考にご記入ください。(ゆうちょ銀行の例)



! ご記入の前に、記載の内容をご確認ください。

事故が発生した日時、場所、状況についてできるだけ詳しくご記入ください。

おケガなどの内容についてご記入ください。

- おケガの名前は、受傷部位および病院で診断された診断名をご記入ください。
- 医師の診断により、治療が終わった場合は「治ゆ」を○で囲んでください。
- 治療を受けた医療機関名、電話番号をご記入ください。
- 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。

傷害保険 保険金請求書 兼 同意書

6 おケガなどをされたときの状況

いつ起こりましたか 20 XX 年 4 月 6 日 (午前) (午後) 10 時 30 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 (日常生活中) (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:)
東京 (都) 道・府・県 XX 市・郡 (区) ○○町 3-2-1

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 (2) 契約者が直接業務を行う現場内 (3) その他 () 施設または現場名
自転車搭乗中に、運転を誤り転倒し、右手首を骨折した。

7 おケガなどの内容

おケガの名前 右とう骨遠位端骨折

現在の治療について (入院中) (入院中止) (治ゆ)

治療期間 20XX年 4 月 6 日から 20XX年 7 月 29 日まで

入院期間 20XX年 4 月 6 日から 20XX年 4 月 15 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。

| 通院 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
|-----------|--------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|
| (4)月 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| (5)月 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| (6)月 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| (7)月 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 通院された日数合計 | 計 17 日 | | | | | | | | | | | | | | |

医師の指示により 20 XX 年 4 月 6 日から 20 XX 年 5 月 6 日まで

手術はなさいましたか (はい) (いいえ) (はい)

手術名 観血的整復固定術

手術日 20XX年 4 月 8 日

手術コード (K) (J) 0462 -

医療機関名 1. △△病院 Tel (03-XXXX-0123) 2. Tel (- -)

8 治療費などのご負担

治療費のご負担 なし (あり) (1) 労災 (2) 交通事故などで相手方が負担 (3) 健康保険 (4) 自費 (5) その他 () 負担された金額 (診断料を除く) 70,800 円

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 2,450 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

契約者との関係 (1) (事業主) (役員) (社員) (パート・アルバイト) (2) (建勤率および通勤距離に関する下請自入社またはその雇用人(従業員)など) (3) (派遣社員) (その他) ()

所属会社 (契約者と同じ) 職種

9番と10番はご記入不要です。

10

出発時刻 () 1 自宅 2 会社 3 現場 4 取引先 5 その他 ()

出発地点 2 ~ 5 の場合、所在地をご記入ください。 都 道・府・県 市 郡 区

到着予定時刻 () 1 自宅 2 会社 3 現場 4 取引先 5 その他 ()

到着地点 2 ~ 5 の場合、所在地をご記入ください。 都 道・府・県 市 郡 区

ギプスなど固定具を装着した場合にご記入ください。

- 固定具の名称は、病院へご確認ください。

手術を受けられた場合にご記入ください。

- 手術を受けられた場合(注)は、「はい」を○で囲み、手術名、手術日、手術コードをご記入ください。
(注)医療機関から発行された領収書の手術欄に点数が記載されている場合は、お支払いの対象となる可能性がありますので、必ず手術名をご記入ください。

治療費を対象とする特約を付保している場合のみ、治療費のご負担についてご記入ください。

- 健康保険や労災などの利用についても、あわせてご記入ください。
- 「負担された金額」には、治療のために医療機関へ直接支払われた費用のほか、医師の処方によるお薬代などをご記入ください。