

❗ ご記入の前に、記載の内容をご確認ください。

忘れずに押印してください。

- 弊社からの指定がない場合、認印で結構です。
- 海外で保険金請求される場合は、ご署名だけで結構です。

以下の場合にご記入ください。

- 保険金を請求される方が未成年の場合
- 事情によりご本人が請求できない場合
- 勤務先等の法人が請求される場合は法人名、ご担当者名をご記入ください。

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

ご病気の場合:医療保険など

おケガの場合:医療保険、傷害保険、自動車保険など

海外旅行保険 保険金請求書 兼 同意書

AIG損保へ返送する書類
治療費用専用

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。
- 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。
- 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)の個人情報等を、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。
- 医療機関にてキャサリス・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、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、以下を行う(保険金支払の前・後のいずれの場合も含まれます)ことに同意します。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。
被保険者を診察または治療したすべ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・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。(資料の複写やデジタルカメラによる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. A photocopy of this form shall be considered as effective and valid as the original.

ご記入日 20XX年 9月 1日

この書類を作成された日付をご記入ください。

1 被保険者(旅行者・保険の対象となる方)

| | |
|---|-----------------------------|
| 〒 1XX-XXXX | 日中のご連絡先 (自宅・勤務先・携帯) |
| ご住所 東京都〇〇区XX町4-5-6 | (090-XXXX-1234) |
| フリガナ エイアイ タロウ | E-Mailアドレス aitaro@xxx.co.jp |
| お名前 永合 太郎 | 生年月日 19XX年 1月 20日 |
| ローマ字 Eiai Taro | MM DD |
| 保険金請求者異なる場合は、私は下記の保険金請求者を代理人と定め、本件にかかる保険金の請求・受領に関する一切の権限を委任します。 | 勤務先 エイアイ商事株式会社 |

ご連絡先をご記入ください。

- ご自宅あるいは日中のご連絡先をお忘れなくご記入ください。
- E-Mailアドレスをお持ちでしたら、ご記入ください。

2 保険金を請求される方(保険金請求者)

| | |
|------|---------------------|
| ご住所 | 日中のご連絡先 (自宅・勤務先・携帯) |
| フリガナ | (- -) |
| お名前 | E-Mailアドレス |

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、右づ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)

3 請求される保険

| | | | | |
|---------------------------------------|--------------|----------------------|--------------|---|
| 証券番号をご記入ください (企業負担契約の方はIDNo.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 987654XXXX | ③ |
|---------------------------------------|--------------|----------------------|--------------|---|

4 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 |
| 0 0 1 1 2 3 4 X X X | 1 | 0 | |
| 口座名義(カタカナ) 左づめでご記入ください | エイアイ タロウ | | |

記号 11960 番号 1234561
おなまえ

裏面も忘れずにご記入ください。

| |
|------------------|
| 次項へ続く |
| 代理店 年月日 保険会社 年月日 |
| 受付日 受付日 |

● 貯蓄口座へのお振込みはできません。

ゆうちょ銀行

記号 11960 番号 1234561



❗ ご記入の前に、記載の内容をご確認ください。

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。

● 右記のクレジットカードには、海外旅行保険がセットされていますので、該当のカードをお持ちであれば、ご記入ください。

おケガまたは発病された時の状況について、詳しくご記入ください。

海外旅行保険 保険金請求書 兼 同意書

●該当するものがある場合は必ずご記入ください。
●クレジットカード番号は記入しないでください。

5 他に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 **東亜損保** 証券番号 **ABC123XXX** 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カードに〇印をつけてください

JCB (三井住友VISA) UC (DC: マスター) SUMI TRUST CLUB(シティ) NICOS(ニコス) オリコ MUFG (ジャックス) ライフ アプラス (CF) VIEW(ダイナース) アメックス JAL(ANA) UA(イオン) VISAエグゼクティブ (VISAアメリカン) JCBネクサス(グランデ) EPOS(エポス) (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

6 おケガ・ご病気・事故の状況

いつ起こりましたか おケガをおケガをされた日をご記入ください。 年 月 日 発症日と初診日をご記入ください。 発症 20XX年 8月 1日 初診 20XX年 8月 2日

どこで起こりましたか 国名 **アメリカ合衆国** 都市名 **ホノルル**

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 **ホノルル到着直後から腹痛があり、ホテルで休んでいたが、翌日も回復せず、発熱もあったため病院へ行った。**

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 いいえ 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が いいえ 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 なし あり 薬名 _____

7 負担された費用について

治療費・通信費など

●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 | 海外での負担金額 | | 国内での負担金額 |
|--|------------------------|--------|----------|
| | 通貨 | 金額 | 金額 |
| 治療費・入院費 | アメリカドル (ユーロ) / その他 () | 152.50 | ¥ 3,250 |
| 医師の処方による薬剤購入費 | アメリカドル (ユーロ) / その他 () | 49.99 | ¥ 650 |
| 弊社提出用診断書代 *弊社に提出いただいた診断書原本の文書料が対象になります。 | アメリカドル (ユーロ) / その他 () | | ¥ |
| 国際電話料など通信費 *入院時または旅行事故緊急費用特約のご加入がある場合 | アメリカドル (ユーロ) / その他 () | | ¥ |
| (入院時) 入院に必要な身の回り品購入費 | アメリカドル (ユーロ) / その他 () | | ¥ |
| その他 (通訳費) | アメリカドル (ユーロ) / その他 () | 100 | ¥ |

●ご利用の交通手段へ丸印をつけ、該当箇所へご記入ください。徒歩・自転車をご利用の場合はご申告不要です。
●電車、バスにより同一区間を繰り返し通院した場合は、適宜一貫しまとめて記入してください。この場合、「通院月日」欄は、通院した日をも具体的に記入してください。
●タクシーを利用したときは、そのタクシー会社の領収書をご提出ください。

入院または通院のための交通費 (日間) 利用した。

1. 自家用車 自宅から医療機関までの距離 往復約 () km

2. 公共交通機関・タクシー

| 通院月日 | 通院区間 | 利用交通機関 (電車・バス・タクシーなど) | 往復運賃 |
|------|--------------|-----------------------|---|
| 8月2日 | ××ホテル - ○○病院 | タクシー | アメリカドル (ユーロ) (日本円) / その他 () 金額: 36 |
| 8月7日 | 自宅 - △△病院 | 都営バス | アメリカドル (ユーロ) (日本円) / その他 () 金額: 420 |
| | - | - | アメリカドル (ユーロ) (日本円) / その他 () 金額: |
| | - | - | アメリカドル (ユーロ) (日本円) / その他 () 金額: |
| | - | - | アメリカドル (ユーロ) (日本円) / その他 () 金額: |

ご負担された治療費用、交通費などについてご記入ください。