# 海外旅行保険保険金請求書の記入例

保険金請求の際には、当冊子に折り込みの保険金請求書に次の記入例を参考にご記入ください。

## ケガ・病気でご請求の場合

保険金請求書の *1* ～ *5*、*7* にご記入ください。
診断書は医師に記入を依頼していただくか、医療機関所定の診断書をご提出いただいても結構です。

※掠印欄：海外で保険金請求される場合は、ご署名だけ（掠印不要）で結構です。

AIG損保

AIG損保へ返送する書類

### 海外旅行保険 保険金請求書 兼 同意書

AIG損害保険株式会社 宛

ご記入日 20 XX 年 9 月 1 日

※ 貴社との保険契約に基づき、被保険者を示す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、共済契約その他いかなる名称であるかを問わず、同一の損害または費用または費用などを支払う契約をいいます。本書面では同様とします）のから、保険契約で定められた保険金などの限度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・共済などへ自からに返還します（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なった場合には、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額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。必須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二記名、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 | 64543XXXXX | 複数のご契約がありましたらご記入ください ② | 12345XXXXX ③ |
| 必要信頼契約のみ記入のみご記入ください | | | |
| 被保険者 お名前 | フリガナ エイアイ タロウ<br>永合 太郎 | 永合 | 日中のご連絡先 自宅・勤務先・携帯 090－XXXX－1234 |
| ご住所 | 〒 105－0001<br>東京都港区虎ノ門4-3-20 | 現地 | E-Mailアドレス altaro@xxx.co.jp |
| 勤務先 | 株式会社 ○○ | 生年月日 19XX年 9月 1日 | 性別 男・女 30 歳 |

以下に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、親権者が保険金請求者にもなりますのでご記入ください。**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 保険金請求者 | フリガナ<br>お名前 | 日 | 日中のご連絡先 自宅・勤務先・携帯 （ － － ） |
| | ご住所 | 〒 － | E-Mailアドレス |

#### 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。
● クレジットカードの番号は記入しないでください。

他に契約されている海外旅行保険 会社名 東西損保 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に○印をつけてください （JCB）・（三井住友VISA）・（UC）・（DC）・（マスター）・（SaMi 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）・（OMC）・（イオン）・（VISAエブリデイ）・（VISAアミティエ）・（JCBキクサス・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で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

● 事故の内容や原因の詳なのに関して、追加書類や証拠の提出、または照会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 XX 年 8月 XX日 現地時間 （午前）・（午後） 10 時 分頃

どこで起こりましたか 国名（ アメリカ ） 都市名（ ホノルル ）

どのように起こりましたか
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。

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

#### 4 保険金支払先

● 通帳をご確認のうえ、口座名義のカタカナ・スペルを半角で漏れなくご記入ください。
● 山陽工業（カリン等の経理サービス）をご利用頂の場合は記入不要です。
● 貯蓄口座へのお振込みはできません。

| | | | |
|---|---|---|---|
| 東西 | （銀・信）（農・信）（信用組合）（信用金庫）（ゆうちょ銀行）南北 支店 | | |
| | 店番号 | 口座番号 | 通帳記号 通帳番号 |
| （普通・総合）当座 | 0 0 1 | 1 2 3 4 X X X | 1 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 | | |

#### 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、本書の写真複写にて原本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契約した者を含む）が、被保険者を診療された治療に、ご本人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・現在または今までに受診歴・受けること。
②被保険者の診断書・医療証明書・検査証明書・その他証明書や診療情報提供書、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・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. (including its contractors) any and all medical information with respect to any sickness or injury, medical history, consultation, prescriptions or treatment as well as copies of all hospital or medical records.

■ 個人情報の提供に
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を。
①今回のご請求に関する保険事故の調査およびご保険金のお支払い
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・提携会社等の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例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お客さまとのお取引およびお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。
①非同意的の法令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、保険事業の関係者（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（再保険に調の公用者を含みます）の手続きをする場合（外国にある事業者との国の未成立を含みます）
④ご本人の保険契約内容を保険業界における情報制度に登録する等、保険契約履の健全な運営に必要であると考えられる場合
⑤AIG グループ会社と共同利用する場合
⑥その他法令に根据される場合

| | | | |
|---|---|---|---|
| 記入日 | 20 XX 年 8 月 1 日 | | |
| 被保険者署名 Signature of Insured | ローマ字 Taro Eiai<br>漢字 永合 太郎 | 永合 | |

#### 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かが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疾患がある場合は、お手間にご面倒いただくことにおいて、本請求書にて請求いただくことにおいて、本請求書の同意事項をご記入のうえ、ご署名をお願いします。 | 被保険者名 | |

#### 7 治療費用・救援費用

● 長期に書面の治療費の記入をご依頼ください。

初診日 20 XX年 8月 XX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 腹痛、発熱 "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？ 治療されち時期はいつですか？

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

| 項目 | 金額 |
|---|---|
| 治療費・手術費など（薬代・レントゲン等諸検査費・義肢等義費・入院室料など） | ¥ 150 |
| 医師の診断書料（弊社提出用） | ¥ |
| 治療のために必要な諸費用 | ¥ |
| 入院前に必要となった諸費用（入院前に必要な場合の出張入費） | ¥ |
| 他（ ） | ¥ |
| 合計 | ¥ 150 |

入院または通院のための交通費

| 交通機関 | 利用日 | 区間・経路・目数 | 金額 |
|---|---|---|---|
| タクシー | 8月XX日 | ホテル⇔病院 | ¥ 50 |
| | | | ¥ |
| | | | ¥ |
| | | | ¥ |
| | | 合計 | ¥ 50 |

公共交通機関の場合は、区間と目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）と目数をご記入ください（金額の記入は不要です）。

救援者が要した費用

| 支出した項目 | 人数・個数など | 支出日 | 内容（ご利用の区間、ホテル名など） | 金額 |
|---|---|---|---|---|
| | | 月 日 | | ¥ |
| | | 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、当該事故に伴わ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 | |

裏面へ続く

## 携行品、手荷物遅延、旅行事故緊急費用、航空機遅延、賠償責任の場合

**〈共通記入必要箇所〉** 保険金請求書の *1* ～ *5* にご記入ください。
携行品・生活用動産　*8* にご記入ください。（購入先、購入年月日についてもご記憶の範囲で結構ですのでご記入ください。）
旅行事故緊急費用、手荷物遅延、航空機遅延　*9* にご記入ください。
賠償責任　*10* にご記入ください。

※捺印欄：海外で保険金請求される場合は、ご署名だけ（捺印不要）で結構です。

AIG損保へ送送する書類

AIG
AIG損保

# 海外旅行保険 保険金請求書 兼 同意書

AIG損害保険株式会社 宛　　ご記入日　20 XX 年 9 月 1 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。
● 同一の損害または費用に対して、本保険金請求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、社会保険その他いかなる名称であるかを問わず、約款の規定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が受けた場合には、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保険保険会社・共済会社・組合に返還します（貴社または他の保険契約などの保険会社・共済会社・組合からご提供のない場合のみ）。
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保険保険会社・共済会社・組合に対して調査の権限や提供を求める要求を承諾することに同意します。

※ 以下1～5は必ずご記入ください。※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入、押印してください。
● 被保険者が未成年の場合は、親権者のカナでご記入ください。

### 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 64543XXXXX | 複数の契約がありましたらご記入ください | ② 12345XXXXX ③ |
| 企業包括契約の方はわかったご記入ください | | | |
| 被保険者 | フリガナ　エイアイ　タロウ<br>お名前　永合 太郎<br>ご住所　〒 105－0001 東京都港区虎ノ門4-3-20<br>勤務先　株式会社 ○○ | 現地 | 日中のご連絡先　・自宅・勤務先・携帯（ 090－XXXX－1234 ）<br>E-Mailアドレス　aitaro@xxx.co.jp<br>生年月日　19XX 年 9 月 1 日　性別　男・女<br>30 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。<br>**また、被保険者が未成年の場合は、親権者が保険金請求者になりますので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<br>お名前<br>ご住所　〒 － | 印 | 日中のご連絡先　・自宅・勤務先・携帯（ － － ）<br>E-Mailアドレス |

● 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。

### 2 他社のご契約

| | | | |
|---|---|---|---|
| 他に契約されている海外旅行保険 | 会社名　東西損保 | 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に○印をつけてください | AXA　三井住友海上(MA)　UC　DC　マスター　SAN TRUST CLUB(シティ)　MCDSこニコム　ダリコ　MUFG　ジャックス　ライフ　アプラス　OP　VIEW　ダイナース　アメックス　JAL　ANA　UA　OMC　イオン　VISAエグゼクティブ　VISAアドミラルA　JCBキクウス・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 | | |

### 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、追加情報や証拠の提出、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 XX 年 8 月 XX 日　現地時間　・午前　午後　3 時 20 分頃 |
| どこで起こりましたか | 国名（ アメリカ ）　都市名（ ニューヨーク ） |
| どのように起こりましたか | 観光中ひったくりに遭い、バックを盗まれた。<br>警察へ連絡し、警察署までタクシーで移動した。 |
| 警察・航空会社の事故証明書 | ・なし　・あり　届出先　ニューヨーク市警　届出年月日　20XX年 8 月XX日 |
| 証人欄 事故目撃者がない場合ご記入がない場合ご記入ください。 | お名前　連絡先電話番号　－ －<br>被保険者との関係 |

● 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。
● 山東工業カバン海の保険サービスをご利用希望の場合は記入不要です。
● 貴書面に海への郵送がかかります。

### 4 保険金支払先

| | | | |
|---|---|---|---|
| 東西 | 銀・信・ゆ・A　信用金庫・信用組合 | 南北 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 | 0 0 1 1 2 3 4 X X X | 1 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 | | |

### 5 同意書

私は、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総合海外AIG傷害保険株式会社が要請依頼した相手先（以下、被保険者が治療または診断、または受けたと医療機関または「関係者」という。）に被保険者の氏名・生年月日・住所・電話・勤務先・現住地などの情報を提供すること。
Medical information provided to AIG Comprehensive Overseas Insurance Company, Ltd. or its subsidiary (hereinafter, "the parties") at the request of the insured, including the insured's name, date of birth, address, telephone number, place of work, and current residence, when the insured is diagnosed or treated by the parties.

■ 個人情報の取扱い
AIG損害保険株式会社が、当社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に同意します。
① 当社の請求に関する保険金の調査および保険金のお支払い
② 保険契約のご案内、ご提供、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 例外業務に関する情報提供および調査管理、商品・サービスの充実
⑤ お客さまとのお取引および関係業務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、次の場合に当人が第三者に提供する場合があること。
① 本同意書の遂行に必要な範囲内において、保険代理店を含む委託先（外部）に本業務を委託する場合
② 保険金の差引および充当など支払いその他保険契約の履行のために必要な範囲内で、保険事故の発生の事実や傷害名・疾病名、医療機関、事故日時および保険金額、根治事者等、決定に関する事項を他保険会社・共済会社・組合に提供する場合
③ 再保険（再保険以降の出再を含みます）の手続きやその事務（外国における事業者との契約を含みます）
ご本人の保険契約内容を保険業界において投票運営する保険組織に登録する事、保険制度の適正な運営に必要であると考えられる場合
① AIG グループ会社と共同利用する場合
② その他法令に規定される場合

| | | | |
|---|---|---|---|
| 記入日 | 20 XX 年 9 月 1 日 | | |
| 被保険者署名 Signature of Insured | ローマ字 Taro Eiai<br>漢字 永合 太郎 | | 永合 |

### 8 携行品・生活用動産

● 購入金額欄には税抜価格ではなく実際の購入額をご記入ください。
● 携行品・生活用動産にご請求の場合、お支払いの対象となるのは、被保険者が所有する時の日より現（新）または旧（中古）品に限ります。また（旧）携行品の場合、お支払いの対象となる時の日付（日付）についてお記載をご確認ください。

| 携携品 | メーカー・型番・プランなど | 所有者 | 数量 | 携携品の購入金額 | 携携品の購入先 | 携携品の購入年月 | 領収書・保証書・取扱説明書などの有無 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ショルダーバック | □□社 | 本人 | 1 | 21,000円 | △△デパート | 20XX年 1月 3日 | ・なし　・あり |
| デジタルカメラ | □□社 A10型 | 本人 | 1 | 35,000円 | ○○電機 | 20XX年 9月 20日 | ・なし　・あり |
| | | | | | | 年 月 日 | ・なし　・あり |
| | | | | | | 年 月 日 | ・なし　・あり |
| | | | | | | 年 月 日 | ・なし　・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
・所定の出張運賃費（休定日は山東工業にご連絡させていただくこと）
・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 山東工業）に支払いされること

・希望する　・修理見積のみ希望しない

### 9 旅行事故緊急費用・航空機等託手荷物遅延等費用・航空機遅延費用

航空機等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 |
|---|---|---|---|
| 7 月 25 日 AM PM 10：00 | 7 月 27 日 AM PM 3：00 | 東京 ～ シンガポール | シンガポールのホテル |

| 購入日時 | 購入品 | 購入先 | 金額 |
|---|---|---|---|
| 7月26日 12時 | 下着類 | ○○ストア | S $ 20 |
| 7月26日 12時 | Tシャツ | ○○ストア | S $ 30 |

航空機遅延による事故が場合はご記入ください

| | 出発日時 | 到着日時 | 区間 | 便名 |
|---|---|---|---|---|
| 予定していた航空機 | 8 月 1 日 10：20 | 8 月 1 日 16：30 | シンガポール ～ 東京（成田） | ○○123便 |
| | 月 日 ： | 月 日 ： | ～ | |
| 変更後の航空機 | 8 月 2 日 10：20 | 8 月 2 日 16：30 | シンガポール ～ 東京（成田） | ○○123便 |
| | 月 日 ： | 月 日 ： | ～ | |

| | 負担日時 | 区間（交通手段） | 金額 |
|---|---|---|---|
| 新たに負担した交通費 | 8 月 1 日 12：00 | 空港 － ホテル（ タクシー ） | S $ 20 |
| | 8 月 2 日 8：00 | ホテル － 空港（ タクシー ） | S $ 23 |

| | 負担予定日時 | 区間（交通手段） | 金額 |
|---|---|---|---|
| 負担することを予定していた交通費 | 月 日 ： | ～（ ） | （ □ 購入済 ／ □ 未購入 ）<br>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 |
|---|---|---|---|
| 新たに負担した宿泊費 | 8 月 1 日 | シンガポール | S $ 150 |
| 予定していた宿泊費 | 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。 |
|---|---|---|
| S $ 30 | S $ 5 | |

今回の航空機遅延・欠便・手荷物遅延についてご、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 | S $ 100 |
|---|---|---|---|---|---|

### 10 賠償責任・家族総合賠償責任

| 相手方の物の損害 | | 相手方のカタカナの内容 | |
|---|---|---|---|
| 損害品の持ち主の方の氏名 | ○○レンタル携帯ショップ | おケガをされた方の氏名 | |
| 住所・連絡先 | 〒123-XXXX 東京都△△区XX町1-2<br>Tel（ 03－XXXX－1234 ） | 住所・連絡先 | Tel（ － － ） |
| 財産の種類・損害の程度 | レンタル携帯電話の盗難 | 病院名・医師名 病院所在地 | Tel（ － － ） |
| 請求金額 | ・$ 12,000 | 診断名・治療状況・おケガの程度など | |