海外旅行保険保険金請求書の記入例

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。

※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損保へ返送する書類

AIG
AIG損保

海外旅行保険 保険金請求書 兼 同意書

ご記入日　20 XX 年　9 月　1 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「匿名」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 64543XXXXX	複数のご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 ID No.もご記入ください			
被保険者	フリガナ エイアイ　タロウ / お名前 永合　太郎 (永合)	日中のご連絡先	自宅・勤務先・携帯 (090－XXXX－1234)
		E-Mailアドレス	aitaro@xxx.co.jp
	ご住所 〒 105－0001 東京都港区虎ノ門4-3-20	現地	性別 (男)・女
	勤務先 株式会社 ○○	生年月日	19XX 年 9月 1日　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。
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 / お名前 (印)	日中のご連絡先	自宅・勤務先・携帯 (－ －)
		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。
● クレジットカード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・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・OMC・イオン・VISAエグゼクティブ・VISAアミティエA・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

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 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で証人がいる場合ご記入ください	お名前 (印)	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。
● 貯蓄口座へのお振込みはできません。

東西	(銀行)・信用金庫・JA 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）左づめでご記入ください	エ イ ア イ　タ ロ ウ		

5 同意書

私は今、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、以下を行う（保険金支払の可・後のいずれかにかかわらずいうものとします）ことに同意します。なお、本状の複写もまたそれと同じ効力があるものと認めます。
・下記対象者（原者）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。
・下記対象者（原者）の以下のものの交付・貸出（複写による提供を含む）を受けること、または資料の複写やデジタルカメラによる撮影を行うこと。
✓ 診断書・診療報酬明細書・歯科証明書・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
✓ カルテなどの診療記録

I hereby authorize any hospital, physician, or other person who has attended or examined the insured, to furnish the 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.

■個人情報の取扱いについて
弊社は、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します。

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（契約および保険事故に関するサービスの充実）
⑤お客さまとの対応（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、ご本人が同意されている場合のほか、次の場合に外部へ提供する場合があります。
①利用目的の遂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、後理業者等、外国にある事業者を含みます）に提供する場合
③（保険（（保険以降の出（）をつみます）の「払きをする場合（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センターに登録する等、保険制度の健全な運営に必要であると考えられる場合
⑤AIGグループ会社と共同利用する場合
⑥その他法令に規定がある場合

ただし、保健医療等の特定非公開情報（センシティブ情報）の利用目的は、各種法令に従い、業務の適切な運営の確保およびその他必要と認められる範囲に限定します。また、個人番号（マイナンバー）を含む特定個人情報の利用目的は、「行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律」（番号法）に定められている範囲に限定します。

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	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・救援者費用

● 医師に裏面の診断書の記入をご依頼ください。

初診日	20XX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
入院	(なし)・(あり)	"あり"の場合、治癒されていましたか？　治癒された時期はいつですか？
		① 治癒していた（　年　月）　② 治癒していなかった

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・職業看護費・入院室料 など）	¥(9) 150
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	¥・$ ( )
他（　）	¥・$ ( )
合計	¥(9) 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・回数	金額
タクシー	8月XX日	ホテル⇔病院	¥(9) 50
			¥・$ ( )
			¥・$ ( )
			¥・$ ( )
合計			¥(9) 50

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。）

救援者が要した費用

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）	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、当該事故に係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	(印)

裏面へ続く

携行品、手荷物遅延、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必ずご記入ください。）

航空機遅延　*9* にご記入ください。

手荷物遅延　*10* にご記入ください。

賠償責任　*11* 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損保へ返送する書類

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。**

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

- 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。

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
企業包括契約の方はID No.もご記入ください			
被保険者 フリガナ	エイアイ　タロウ	日中のご連絡先	自宅 勤務先 携帯 (090－XXXX－1234)
被保険者 お名前	永合　太郎 （永合）	E-Mailアドレス	aitaro@xxx.co.jp
被保険者 ご住所	〒 105－0001 東京都港区虎ノ門4-3-20	現地 / 性別	男 女
被保険者 勤務先	株式会社 ○○	生年月日	19XX 年 9月 1日　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。
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		日中のご連絡先	自宅 勤務先 携帯 (－ －)
保険金請求者 お名前	（印）	E-Mailアドレス	
保険金請求者 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。
- クレジットカード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 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 OMC イオン VISAエグゼクティブ VISAアミティエA 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		

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 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。 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 （印）　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。
- 貯蓄口座へのお振込みはできません。

東西	銀行 信用金庫 JA 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個人情報の取得
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（保険金支払の可・像のいずれの場合も含みます）ことに同意します。なお、本状の複写も本状と同効力があるものと認めます。
- 下記対象者（患者）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。
- 下記対象者（患者）の以下のものの交付・提出（複写による提供を含む）を受けること、また資料の複写やデジタルカメラによる撮影を行うこと。

✓ 診断書・診療報酬明細書・傷害証明書・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
✓ カルテなどの診察記録

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.

■個人情報の取扱いについて
弊社は、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します。

①今回のご請求に関す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・関係会社が取り扱うサービスや各種情報のご案内・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営業管理、商品・サービスの充実
⑤お客さまと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、ご本人が了承されている場合のほか、次の場合に外部へ提供する場合があります。
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保険金の支払および法律上支払いその他保険契約の履行のために必要な範囲内で、保険引受の可否（「成当」、「成当」、「成当」）の決定を保険会社、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、保険引受の審査のため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その他法令に根拠がある場合

ただし、保険医療等の特別な非公開情報（センシティブ情報）の利用目的は、各種法令に従い、業務の適切な運営の確保およびその他必要と認められる範囲に限定します。また、個人番号（マイナンバー）をはじめとした「個人情報の利用」については、「行政「もしくは」における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律」（番号法）に定められている範囲に限定します。

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	（永合）
	漢字	永合　太郎	

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（物）、または旅行開始前にこの度の旅行のために他人から無償で借りた身の回り品（物）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
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 ・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 ・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	希望する 修理見積のみ 希望しない

9 航空機遅延費用

	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 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・欠航につき、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	S $ 100

10 航空機寄託手荷物遅延等費用

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

今回の手荷物遅延につき、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		金額	

11 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	○○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 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	