

旅行保険 保険金請求書 兼 同意書

 旅行キャンセル費用
 特約用

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。
- 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。

ご記入日 20 年 月 日

1 被保険者(旅行者・保険の対象となる方)

ご住所	〒 -			
フリガナ		印	日中の ご連絡先	(自宅)(勤務先)(携帯) (- - -)
お名前			E-Mail アドレス	
保険金請求者が異なる場合は、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。		生年月日	年 月 日	
		勤務先		

2 保険金を請求される方(保険金請求者)

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

3 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 (企業包括契約の方は IDNo.もご記入ください。)	①	複数のご契約がありま したらご記入ください	②	③
---	---	--------------------------	---	---

4 他社のご契約

● 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)	- -

5 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。
 ● 賟蓄口座へのお振込みはできません。

(銀行) (信用金庫) (信用組合)		支店	(ゆうちょ銀行)	
普通・総合	当座	店番号	口座番号	記号 番号
口座名義(カタカナ) 左づめでご記入ください				1 0

次項へ続く

裏面も忘れずにご記入ください。

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



6 旅行キャンセル費用のご請求について

旅行キャンセル理由発生日	20 年 月 日	旅行キャンセル日	20 年 月 日
当初の旅行期間	20 年 月 日	～	20 年 月 日
該当する保険請求に○をしてください。 ※約款から一部抜粋しておりますので詳しくは約款をご確認ください。			補償割合
(1) 被保険者等または被保険者等の配偶者もしくは3親等内の親族が死亡した場合または危篤になった場合 ※国内旅行のみ:補償終了日からその日を含めて遡って30日前から補償終了日の前日までに該当した場合			100%
(2) 被保険者等または被保険者等の配偶者もしくは2親等内の親族が、入院を開始した場合 ※補償終了日からその日を含めて遡って30日以内に入院を開始し、被保険者等については継続して3日以上、被保険者等の配偶者もしくは2親等内の親族については継続して14日以上に及んだ場合			
(3) 被保険者等または被保険者等の配偶者もしくは2親等内の親族が、入院または通院した場合 ※補償終了日からその日を含めて遡って3日以内、もしくは補償終了日の翌日に入院または通院した場合(②に該当する入院を除きます)			50%
(4) その他の約款規定の理由(具体的にご記入ください) ※イベント・結婚式の中止・延期、妊娠、旅券盗難や飼い犬・猫の死亡が理由の場合は補償割合が50%となります。			

上記の保険請求の①②③に該当する場合は以下もご記入ください

ご病気またはおケガをされた方	被保険者とのご関係		
発症日もしくは受傷日 20 年 月 日	初診日 20 年 月 日		
傷病名			
ご病気またはおケガをされた方は、過去に今回と同じ症状で治療を受けた事がありますか			
(いいえ)	病院名	その症状は治ゆしていましたか	(いいえ)
(はい) ▶	治療期間 20 年 月 日 から 20 年 月 日 まで	(はい)	

7 旅行を取りやめたことによりご負担された費用

※費用の領収書／明細書を必ず添付ください。

※枠内に收まらない場合は任意の用紙でご申告ください。

※費用が円以外の場合はカッコ内に通貨名をご記入ください。

旅行サービス名	利用予定日	内容	支払済代金	キャンセルに伴う返金額
			円 ()	円 ()
			円 ()	円 ()
			円 ()	円 ()
			円 ()	円 ()
			円 ()	円 ()