

海外旅行保険 保険金請求書 OVERSEAS TRAVEL INSURANCE CLAIM FORM



東京海上日動火災保険株式会社 宛 TO:Tokio Marine & Nichido Fire Insurance Co., Ltd.

本書の内容が事実と相違ないことを確認し、保険金を請求いたします。保険金請求にあたり、下記の項目に同意いたします。なお、本書の写も本書と同じ効力があるものと認めます。

I request the payment of insurance claims in agreement with the content here of and the following descriptions. I agree to regard a copy of this form as effective as the original.

1. 保険金は下記に指定する金融機関口座へお支払いください。振込をもって支払いがなされたものと認めます。

1. Please remit the insurance benefits to the bank account below. I admit that remittance shall constitute payment thereof.

2. 傷害・疾病に関する請求の場合

2. Cases of illness or injury

- ①東京海上日動火災保険株式会社(以下、「貴社」という)またはその指定する日本国または日本国外に所在する関係者(以下、「関係者」という)が、保険金の支払いに関する業務およびアシスタンスサービス提供に必要な範囲で各種情報※を取得・利用すること、および、貴社・関係者間または関係者間において当該範囲で各種情報を提供すること。
 - ②貴社および関係者が日本国または日本国外で私を診察または治療した医療機関、医師(以下、「医療機関等」という)に対して①に定めた範囲で各種情報を提供すること、および、医療機関等が貴社および関係者に対して当該範囲で各種情報を提供すること。
- ※被保険者の治療の内容・症状の程度を確認するために必要となる診断書・診療報酬明細書等の医療情報、および請求権者・相続人を確認するために必要となる戸籍関連情報を含みます。

- ① I agree that Tokio Marine & Nichido Fire Insurance Co., Ltd. (the company) or its proxy either in Japan or foreign countries (the proxy) acquires and uses information (*) necessary for payment of insurance claims and providing assistance services, and provides the company and the proxy with such information.
 - ② I agree that the company and the proxy provide the medical institution or the physician (the medical institution) who examined or treated me either in Japan or foreign countries with such information, and the medical institution provides the company and the proxy with such information.
- (*) Such information means details such as a doctor of medicine's certificate and a medical bill to verify the insured's symptom and the extent of treatment given to him/her, as well as family registers to verify the identities of the claimant(s) and inheritor(s).

3. 他の保険契約等がある場合

3. Case of concurrent insurance contracts

- 同一の損害または費用に対して、本保険請求の対象となる保険契約および他の保険契約等(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等を支払う契約をいいます。以下同様とします)がある場合につき、私は以下の事項について同意します。
- ①保険契約で定められた保険金等の額を超えて保険金等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等を超えた額について、貴社または他の保険契約等の損害保険会社・共済等へ直ちに返還すること(貴社または他の保険契約等の損害保険会社・共済等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)。
- ②他の保険契約等がある場合、貴社がその保険契約等の損害保険会社・共済等に対して貴社の負担部分を超える額を求償すること。
- ③他の保険契約等がある場合、他の保険契約等を引き受けている損害保険会社・共済等に対して、貴社の負担部分を超える額を求償するために必要な本保険金請求に関する私の個人情報(支払責任額等契約の内容、損害額等事故に関する情報、本件事故に関する支払可否・支払保険金等に関する情報)を、求償のため、貴社がその保険契約等の損害保険会社・共済等へ提供すること、その損害保険会社・共済等から提供を受け、利用すること、その損害保険会社・共済等が貴社へ提供すること、および、貴社から提供を受け、利用すること。

- In cases where, for the same loss or damage, or expenses, there exist the present insurance contract and other concurrent insurance contracts, etc. (meaning insurance contracts, mutual aid contracts, etc., irrespective of their names, under which insurance claims, etc. are paid for the same loss or damage, or expenses; the same meaning applying hereinafter), I hereby give my agreement to the following:
- ① I return immediately an excess, if any, of the amount of an insurance claim, etc. provided for in the insurance contract (subject to instructions on the manner of repayment, if any, from the company, other insurance companies or mutual aid associations, etc.);
 - ② The company claims compensation for an amount in excess of your share of liability to the insurance companies, mutual aid associations, etc. concerned; and
 - ③ From the need of claiming compensation mentioned in ② above, the company provides the insurance companies, mutual aid associations, etc. of the concurrent insurance contracts, with my personal information concerning my request for payment of an insurance claim (meaning information concerning the amount of liability for payment and other details of the insurance contract, the amount of loss or damage and other details of an accident, claimability of the case, and the amount of an insurance claim payable, etc.), or receives such information from those companies and makes use of it, and vice versa.

【個人情報の利用目的】

【Purpose of Use of Personal Information】

お客様の個人情報につきましては、保険引受の判断、保険事故への対応(関係先への照会等の事実関係の確認や関係する損害保険について損害保険会社間や東京海上グループ(*)内での確認を含みます)、保険金のお支払いおよび各種商品・サービスの提供・案内を行うために利用させていただきます。
(*)詳しくは、弊社ホームページ(<http://www.tokiomarine-nichido.co.jp/>)をご参照ください。

We only use the personal information of customers to make decisions on the acceptance of insurance, to respond to insured events (including confirmation of the facts relevant to our inquiries, etc. with the related destination, and confirmation between non-life insurance companies or within Tokio Marine Group (*) concerning related non-life insurance), and to pay insurance claims, provide various products and services, and information.
(*) Please refer to our Web site (<http://www.tokiomarine-nichido.co.jp/>) for details.

1 保険金請求者、被保険者(旅行者・保険の対象となる方)・ご契約内容 ④の記入例をご参照のうえ、正確にご記入ください。

記入日(請求日)		年	月	日						
保険金請求者 CLAIMANT	フリガナ 住所 ADDRESS	〒 -			電話番号 TELEPHONE	日中	-	-		
	フリガナ 記名捺印 または 署名 SIGNATURE	様				ご自宅	-	-		
	フリガナ 氏名 INSURED NAME	□保険金請求者に同じ			E-mail					
被保険者 INSURED PARTY	フリガナ 氏名 INSURED NAME	様			生年月日 DATE OF BIRTH	西暦	年	月	日生()歳	
	フリガナ 住所 ADDRESS	〒 -			勤務先 OCCUPATION					
契約内容 POLICY INFO	証券番号・保険契約証券番号・被保険者証券番号 POLICY NO./CERTIFICATE NO./INSURED'S NO.				保険期間 INSURANCE PERIOD	年	月	日	営業店コード OFFICE NO.	
					~	年	月	日	代理店コード AGENT NO.	

2 委任状 保険金ご請求手続きを代理の方に委任される場合のみご記入ください。

委任者	私は上記記載の保険金請求者を代理人と定め、本件にかかわる保険金の請求受領に関する一切の権限を委任します。	記名捺印または署名 (未成年者の場合は親権者)	フリガナ	印
住所	フリガナ 〒 -			

3 保険金振込先 金融機関(ゆうちょ銀行以外)とゆうちょ銀行、いずれかの口座内容をご記入ください。
Please fill the bank account information of a banking institution (except for Japan Post Bank) or Japan Post Bank below.

保険金受取口座	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信金 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協	<input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 支所	ゆうちょ銀行 JAPAN POST BANK	※通帳の「郵便振替口座開設(送金機能)」欄に○が付されていることを予めご確認ください。
	支店コード(3ケタ) BRANCH No.			通帳記号(5ケタ)
	<input type="checkbox"/> 普通・総合 SAVINGS	<input type="checkbox"/> 当座 CHECKING	<input type="checkbox"/> 貯蓄 SAVINGS	口座番号(7ケタ) ACCOUNT No.
口座名義(カタカナ) ACCOUNT NAME				

外貨を日本円に換算してお支払いする場合は、お支払いが確定した日の前日の交換比率を適用します。

代理店受領日	弊社受領日

P2 P3 もご記入ください
診断書についてはP6をご覧ください

4 彼の保険契約等 (OTHER INSURANCE CONTRACTS)

P5の記入例をご参照のうえ、正確にご記入ください。
Please fill in accurately by referring to the example in Page 5.

他に契約されている海外旅行保険はありますか? Do you have other overseas travel insurance?	<input type="checkbox"/> 無 NO <input type="checkbox"/> 有 YES	有の場合にご記入ください。 If YES, please fill in.		
		保険会社名 INSURANCE COMPANY	証券番号 INSURANCE POLICY NUMBER	保険金請求の有無 Have you filed a claim against the insurance company? <input type="checkbox"/> 無 NO <input type="checkbox"/> 有 YES
海外旅行保険付帯のクレジットカードをお持ちですか? Do you have overseas travel insurance incidental to a credit card? ※海外旅行保険付帯のクレジットカードをお持ちの場合は、パスポートコピー(日本出入国のスタンプのページおよび写真のページ)もご提出ください。 ※if yes, please submit a copy of the passport copy (the page of the stamp of the emigration and immigration into Japan and page of the photograph).	<input type="checkbox"/> 持っていない NO <input type="checkbox"/> 持っている YES	お持ちの場合にご記入ください。 When you have it, please fill in.		
		クレジットカード名称 NAME OF CREDIT CARD <input type="checkbox"/> DC <input type="checkbox"/> JCB <input type="checkbox"/> AMEX <input type="checkbox"/> 三井住友VISA <input type="checkbox"/> JAL <input type="checkbox"/> ANA <input type="checkbox"/> UC <input type="checkbox"/> 楽天 <input type="checkbox"/> オリコ <input type="checkbox"/> その他海外旅行保険付帯カード (OTHER OVERSEAS TRAVEL INSURANCE INCIDENTAL TO CREDIT CARD (カード名: _____))	クレジットカード番号 NUMBER OF CREDIT CARD	保険金請求の有無 Have you filed a claim against the insurance company? <input type="checkbox"/> 無 NO <input type="checkbox"/> 有 YES

本紙に書ききれない場合は別紙を添付してください。 Please attach another sheet if necessary.

5 事故状況またはおけが・ご病気の状況、および保険金請求額 (DESCRIPTION OF ACCIDENT, INJURY, SICKNESS AND THE AMOUNT OF CLAIM)

事故日時・受傷日・初診日 DATE & TIME OF ACCIDENT, INJURY OR FIRST VISIT	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	年 YEAR 月 MONTH 日 DAY : 頃(現地時間)	国名・場所 PLACE
事故状況/ おけが・ご病気の状況 CIRCUMSTANCES おけが・ご病気に至った経緯 または損害の発生した経緯を ご記入ください。 Please describe the accident, injury or sickness in detail.			
警察届出 POLICE REPORT (ご病気の請求の際は 記入不要です) (You do not have to fill in in case of sickness.)	届出警察署名 NAME OF POLICE OR GOVERNMENT AUTHORITY	受理番号 REPORT NO.	
証人欄 WITNESS (ご病気の請求の際は 記入不要です) (You do not have to fill in in case of sickness.)	上記の通り事故を確認します I confirm the accident as above.	住所 ADDRESS	TEL TELEPHONE
	名前 NAME	被保険者(保険の対象となる方)との関係 RELATIONS WITH THE PERSON INSURED	
保険金請求額 AMOUNT OF CLAIM	費目 ITEM OF EXPENSE	金額 AMOUNT	費目 ITEM OF EXPENSE
支払通貨で ご記入ください Please fill in in local currency.	<input type="checkbox"/> 治療費・入院費 MEDICAL EXPENSES HOSPITAL CHARGES		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 処方薬代 PRESCRIPTION CHARGE FOR MEDICINE		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 交通費 TRANSPORTATION EXPENSES		<input type="checkbox"/>
	保険金請求合計額 TOTAL		

6 おけが・ご病気に関するご請求 (CLAIM ON INJURY OR SICKNESS)

保険金請求額が10万円を超える場合は、原則病院から発行された診断書または添付の診断書P6をお取り付けください。
When the amount of claim exceeds 100,000 yen, please submit a medical certificate or have the physician fill in the certificate in Page 6.

病院名 HOSPITAL NAME			
質問事項 QUESTIONNAIRE	①今回請求されるおけが・ご病気について、旅行開始前から治療を受けているものも含まれますか? ①Is your claim related to the medical treatment arising out of an injury or sickness before the inception of the travel?	<input type="checkbox"/> いいえ NO	<input type="checkbox"/> はい YES
	②今回のおけが・ご病気で入院されましたか? ②Were you hospitalized due to the injury or sickness this time?	<input type="checkbox"/> いいえ NO	<input type="checkbox"/> はい YES
	③現地で「キャッシュレス・メディカル・サービス」*をご利用されましたか? ③Did you use "cashless medical service"?	<input type="checkbox"/> いいえ NO	<input type="checkbox"/> はい YES
	④入院または通院のために要した交通費はありますか? ④Have you incurred transportation expenses for visiting the hospital or hospitalization? 本紙に書ききれない場合は別紙を添付してください。 [1]ご利用日 [2]ご利用区間 [3]乗車運賃(自家用車の場合は医療機関までの距離)をご記入のうえ、ご提出ください。 Please attach another sheet if necessary. Please submit the form filling in: [1]date [2]section [3]fare (in the case of a privately-owned car please fill in the distance to the medical institution)	<input type="checkbox"/> いいえ NO	<input type="checkbox"/> はい YES
	交通機関・区間をご記入ください。 Please fill in means of transportation and section.		金額 AMOUNT

*治療費用を全額保険金でお支払いできる場合に、病院で自己負担することなく治療を受けることができるサービスです。
It is the name of the service that you are entitled to medical treatment free of charge when the medical expenses are covered in full under the overseas travel insurance.

携行品損害のご請求はP3 [7]にご記入ください