

NEW OVERSEAS TRAVEL ACCIDENT INSURANCE CLAIM FORM  
新・海外旅行傷害保険金請求書 兼 状況報告書

本書の記載内容が事実と相違ないことを確認し保険金を請求します。保険金請求にあたり、下記4項目について保険金請求者欄の署名をもって同意します。  
なお、本書の写真複写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 thematters mentioned below.  
A photocopy of this form shall be considered as effective and valid as the original.

**〈1〉 個人情報の取り扱いに関する同意 AUTHORIZATION FOR MY PERSONAL INFORMATION**  
損保ジャパン（以下、「当社」と言います。）は、本保険金請求に関する個人情報を、保険引受・支払いの判断、本契約の履行、付帯サービスの提供、損害保険等当社の取り扱う商品・各種サービスの案内・提供、アンケートの実施、等を行うこと（以下、「当社業務」と言います。）に利用します。また、下記①から⑤まで、（以下「当社業務上必要とする範囲で、取得・利用・提供または登録を行います。」）

①当社が、当社業務のために、業務委託先（保険代理店を含みます。）、保険仲立人、保険金の請求・支払いに関する関係先（修理業者、医療機関、損害保険会社・共済、保険事故の当事者等）、等に提供を行い、またはこれらの者から提供を受けることがあります。なお、これらの者には外国にある事業者等を含みます。  
②当社が、保険制度の健全な運営のために、一般社団法人日本損害保険協会、損害保険料率算出機構、他の損害保険会社、等に提供もしくは登録を行い、またはこれらの者から提供を受けることがあります。  
③当社が、再保険契約の締結や再保険金等の受領のために、国内外の再保険会社等に提供を行うこと（再保険会社等から他の再保険会社等への提供を含みます。）があります。  
④当社が、国内外のグループ会社や提携先会社に提供を行い、その会社が取り扱う商品・サービスの案内・提供およびその判断等に利用することがあります。  
⑤当社が、国内外のグループ会社や提携先会社に提供を行い、その会社が取り扱う商品・サービスの案内・提供およびその判断等に利用することがあります。  
なお、保健医療等のセンシティブ情報（人種、信条、社会的身分、病歴、犯罪の経歴、犯罪被害事実等の要配慮個人情報を含みます。）の利用目的は、法令等に従い、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定します。  
当社の個人情報の取り扱いに関する詳細（国外在住者の個人情報を含みます。）、グループ会社や提携先会社、等については当社公式ウェブサイト（<https://www.sompo-japan.co.jp/>）をご覧ください。  
⑤契約の安定的な運用を図るために、被保険者の保険金請求情報等を契約者に対して提供することがあります。

**〈2〉 医療機関の提供および事故調査に関する同意 AUTHORIZATION FOR MEDICAL RECORDS AND INFORMATION ON THE CASE**  
被保険者を診療または治療したすべての病院、医師および関係者、または本件事故に関する諸機関および関係者が、損保ジャパンまたはその指名する者に、被保険者に関するすべての疾病、傷害または事故の記録を提供することを承認します。なお、本書の写真複写も同じ効力があるものと認めます。

**〈3〉 キャッシュレスメディカルサービスに関する委任・同意 AUTHORIZATION FOR CASHLESS MEDICAL SERVICE**  
病院にてキャッシュレ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を病院または医師に委任します。その治療費用が当該保険で支払対象外と判明した場合には、当該治療費用を滞りなく病院・医師（または損保ジャパン）に支払うことを誓約します。

**〈4〉 他の保険契約等の保険金請求に関する同意 AUTHORIZATION FOR INSURANCE CLAIMS FROM OTHER POLICIES**  
同一の損害または費用に対して、支払責任を負う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いません。以下同様とします）から、保険契約等で定められた保険金等の額を超えて支払を受けた場合には、その超えた額を損保ジャパン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します（損保ジャパン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）。また、他の保険契約等がある場合、損保ジャパンがその保険契約等の損害保険会社・共済等に対して、損保ジャパンの負担すべき部分（他の保険契約等がないとする場合に各損害保険会社・共済等が支払うべき保険金等の額の合計額に対する損保ジャパンの支払うべき額の割合をてん補損害額に乘じて得た額）を超えて支払った額を求償することに同意します。

保険金請求者記入欄	<b>1 ご契約の内容 Contractual Coverage</b>	
	記入日 / /	
	保険種別 Type: <input type="checkbox"/> 任意保険 OTAI Policy <input type="checkbox"/> カード付帯保険 CreditCard	他の同種保険契約の有無 Do you have any other OTAI policy? 有(Yes) ・ 無(No)
	証券番号 Certificate or Policy Number	保険会社名 (Insurer)
		証券番号 (Policy No.)
	被保険者(患者)氏名 *ローマ字でご記入下さい。 Name of the Insured (Patient)	保険金請求の有無 Insurance Claim Possibility : 有(Yes) ・ 無(No)
	※クレジットカード付帯保険のみ記載下さい 日本出国日 Japan / / Departure Date	被保険者・署名 Signature of the Insured (Patient)
	当初日本帰国予定日 Designated Returning / / Date to Japan	請求者 Claimant: 下記医療機関 Same as the attending physician & hospital below
	住所(海外) Address in Overseas	親権者署名(請求者が未成年の場合) Signature of Guardian for Juvenile
	住所(日本) - 旅行者等短期滞在の場合 Address in Japan, (for Short-term visitors)	性別 Sex: 男 (M) ・ 女 (F)
電話番号 Tel:	生年月日: Date of Birth (yyyy/mm/dd) / /	
電話番号 Tel:		
E-mail :		
<b>2 けがまたは病気の内容 Details of Accident / Sickness</b>		
病気の場合は発症日、怪我の場合は事故日を記入して下さい Sickness: Date of symptom first appeared / Injury: Date of Accident		
日付 Date: / /	場所 Place(国 Country /都市 City): /	
状況(できるだけ詳しく) Circumstances of Accident / Sickness		
以前に同様の症状・疾病での治療歴はありますか? Have you received prior treatment for this condition' はい(Yes) ・ いいえ(No)		
「はい」の場合 If 'YES'	それはいつ頃ですか? When?	
	どのような疾病・症状でしたか? What were the symptoms / diagnosis?	

DOCUMENT USE ONLY	<b>Nature &amp; Condition of Injury or Sickness</b>		
	Name of Hospital or Doctor:	Tel of Hospital or Doctor:	Signature of Doctor:
	Has the insured had any prior treatment for this condition? Yes ・ No	Treatment Date (yyyy/mm/dd) :	
	(If so, when?)	First Treatment Date (yyyy/mm/dd) :	
	Amount of Claim	Currency :	Amount :

Please send this form WITH :

Original invoice of medical expenses

Photocopy of insurance certificate or insurance card



TO: EMERGENCY ASSISTANCE JAPAN (U.S.A.), INC.  
PO BOX 8706, Richmond, VA 23226  
Tel: 1-800-233-2203 (24hr) Fax: 1-804-655-6758