

新・海外旅行保険/海外旅行総合保険/海外旅行傷害保険保険金請求書

[NEW OVERSEAS TRAVEL ACCIDENT INSURANCE/OVERSEAS TRAVEL ACCIDENT INSURANCE CLAIM FORM]

株式会社 損害保険ジャパン※ 行【 TO:SOMPO JAPAN INSURANCE INC.】

※損保ジャパンと日本興亜損保は、関係当局の認可等を前提として、2014年9月1日に合併し、「損害保険ジャパン日本興亜株式会社」になります。
Sompo Japan Insurance Inc. and NIPPONKOA Insurance Co.,Ltd. will fully merge into a single company "Sompo Japan Nipponkoa Insurance Inc." on September 1, 2014.
*The merger of the two companies is subject to approval by the relevant authorities.

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 the matters mentioned below. A photocopy of this form shall be considered as effective and valid as the original.

＜1＞個人情報の取扱いに関する同意 AUTHORIZATION FOR MY PERSONAL INFORMATION
株式会社損害保険ジャパン(以下、「損保ジャパン」といいます。)が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等を行うために、下記①～⑥まで、その他業務上必要とする範囲で、取得・利用・提供または登録することに同意します。
①損保ジャパンが、上記業務のため、業務委託先(保険代理店を含む)、保険仲立人、医療機関、修理業者、保険金の請求・支払いに関する関係先、事故に関する関係先、等に提供すること。または、これらの者から提供を受けること。
②損保ジャパンが、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し、またはこれらの者から提供を受けること。
③損保ジャパンが、再保険契約や共同保険契約における引受保険会社からの保険金等の受領のために引受保険会社等に提供すること(引受保険会社等から他の引受保険会社等への提供を含む)。
④他の保険契約等がある場合、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部分を超える額を求償するために必要な情報(支払責任額等契約の内容、損害額等事故に関する情報、支払保険金等に関する情報)を、損保ジャパン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、また、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・共済等が損保ジャパンへ提供すること、また、損保ジャパンから提供を受け、利用すること。
⑤損保ジャパンが、保健医療等の特別な非公開情報(センシティブ情報)について、保険業法施行規則により限定された目的以外に利用しないこと。
I agree that SOMPO JAPAN INSUARANCE INC. (hereinafter "SOMPO JAPAN") acquires, uses, provides or registers my personal information regarding this insurance claim in so far as the following are concerned and to the extent that your company needs it for the business purposes in order to judge insurance underwriting or payment, to perform this contract, or to provide relevant services:
①SOMPO JAPAN may provide the information to, or accept provision of the information from, a outside service provider of SOMPO JAPAN's business (including insurance agencies), insurance brokers, medical institutions, repairing companies, parties related to claim or payment of insurance money, parties related to accident or other related parties;
②SOMPO JAPAN may provide or register the information to or with, or accept provision of the information from, The General Insurance Association of Japan, Non-Life Insurance Rating Organization of Japan, other non-life insurance companies or other related parties for the purpose of sound management of the insurance system;
③SOMPO JAPAN may provide the information to a reinsurance company, etc. (including provisions from the reinsurance company, etc. to another reinsurance company, etc.) in order to enter into a reinsurance contract or receive payment of a reinsurance claim, etc. ;
④In the case that there are any other insurance contracts, etc., with other non-life insurance companies, mutual aid associations, etc., SOMPO JAPAN may provide information, which is required to claim amounts exceeding amounts it is obliged to payout from such parties (for instance, the content of relevant contracts, such as amounts obliged to pay, information concerning the incident, such as the amount of the damage, and information of insurance payouts made), to, or accept such information from the parties and use the information. Non-life insurance companies, mutual aid associations, etc., stated above may provide information to, or accept information to use it from, SOMPO JAPAN ; and
⑤SOMPO JAPAN does not use healthcare or other special non-public information (sensitive information) for any purpose, except as conditionally permitted under the Enforcement Regulations of the Insurance Business Law in Japan.

＜2＞医療情報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係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。
I hereby authorize any hospital, physician, or other person who has attended or examined me, or any government authority or other person who is related to the accident, to furnish SOMPO JAPAN or its authorized representative with any and all information or document with respect to any sickness/injury or accident. A photocopy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original.

＜3＞キャッシュレス治療サービス利用に関する委任・同意 AUTHORIZATION FOR CASHLESS MEDICAL SERVICE
病院にてキャッシュレス治療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。また、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、当該治療費用を遅滞なく病院・医師(または損保ジャパン)に支払うことを誓約します。
When "CASHLESS MEDICAL SERVICE" is provided for me by the hospital or medical provider, I authorize the hospital or medical provider to make an insurance claim for the medical expenses for my treatment. In case the medical expenses turn out not to be payable under insurance policy, I pledge myself to pay such medical expenses as not covered under the insurance policy to the hospital or medical provider (or to SOMPO JAPAN) without delay.

＜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、共済契約その他の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。
I agree that if I receive payments such as insurance payouts that exceed the amount of insurance money, etc., stated in the policy under which this claim is made or in any other policies, etc., (insurance contracts, mutual aid contracts or any other contracts under whatever name they are known and under which payouts, etc., are made to cover the same damage or cost; and the same applies in this contract) for the same damage or cost, I shall repay, without delay, the amount exceeding the insurance money, etc., to SOMPO JAPAN or to the other non-life insurance companies, mutual aid associations, etc., with which the relevant insurance contracts, etc., are concluded. [If SOMPO JAPAN, other non-life insurance companies, mutual aid associations, etc., are concluded, I shall follow the procedures.]
In the case of the existence of other insurance contracts, etc., I agree that SOMPO JAPAN may claim any excess of the amount it is obliged to payout from the non-life insurance companies, mutual aid associations, etc., with which the relevant insurance contracts, etc., are concluded.

1 裏面の記入例をご参照のうえ、状況・損害の程度を具体的に記入ください。

記入日 (DATE)	年 月 日 (YEAR) (MONTH) (DAY)	保険金請求者 (CLAIMANT)	住所 (ADDRESS)	〒 (フリガナ)		
契約証・証券番号			署名・捺印 (NAME-SIGNATURE)	(フリガナ)	親権者請求者が未成年の場合	
保険期間 (INSURANCE PERIOD)	年 月 日 ～ 年 月 日		生年月日	年 月 日生	生年月日	年 月 日生
	性 別		<input type="checkbox"/> 男(Male) <input type="checkbox"/> 女(Female)	日中連絡の取れる電話番号(TEL)	()	<input type="checkbox"/> 自宅 (Home) <input type="checkbox"/> 勤務先 (Office) <input type="checkbox"/> 携帯 (Mobile)
メールアドレス						

2 金融機関の支払先に関する指図書

金融機関	フリガナ	(銀行・信託・信金・信組・農協・労働・ゆうちょ銀行)	フリガナ	(本店)	口座種類	(普通・当座・貯蓄)	店番	口座番号
	口座名義(カタカナ)			(支店)				
受取人ご住所 (保険金ご請求者と同じ時はご記入は不要です)	〒	-	※金融機関とゆうちょ銀行のいずれかの欄にご記入ください。					
代理店記入欄	受領日	20	年	月	日	受領者		

個人情報保護宣言等については当社公式ウェブサイトをご覧ください。

3 今回の件で、同一の損害または費用を補償する他の保険契約等(共済契約を含みます。)をすべてご記入ください。

他の保険契約	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 「有」の場合は以下をご記入ください。	契約証番号
	保険契約・会社名	
	海外旅行傷害保険が付帯されているクレジットカード <input type="checkbox"/> 三井住友VISA <input type="checkbox"/> UC <input type="checkbox"/> JCB <input type="checkbox"/> DC <input type="checkbox"/> NICOS <input type="checkbox"/> JAL <input type="checkbox"/> ANA <input type="checkbox"/> その他 ()	カード番号
	保険金請求の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

4 以下をご記入ください。⑤、⑥、⑦は該当する欄をご記入ください。

複数の事故に関する保険金請求を行う場合は、保険金請求書を追加でご請求ください。もしくは、本紙のコピーをとりご記入いただくか、各々の事故発生日や事故内容が分かるようにご記入ください。

日時(DATE AND TIME)	年 月 日	AM : PM :	第三者による現認書 私は、左記事故が事実と相違ないことを証明致します。	
場所(PLACE)	住所(ADDRESS)			
事故・疾病の状況(CIRCUMSTANCES)	氏名(NAME) 印			
入院の場合ご記入ください:	入院日	年 月 日	退院日	年 月 日
届出警察(POLICE) / 受理番号(No.)	※治療費領収書、事故証明書、ポリスレポート、旅行会社の証明等、別紙による証明を取得されている場合は、上記への記入は不要です。			

5 以前に、今回ご請求される症状で治療を受けたことがありますか。ある場合はいつですか

□ない □ある (年 月頃)

今回の治療で入院されましたか? □はい □いいえ

キャッシュレス治療サービスは利用されましたか? □はい □いいえ

治療費(MEDICAL CHARGE)	薬代(MEDICINE)	交通費(TRANSPORTATION)	その他(OTHERS)	合計(TOTAL)
US\$ ユーロ その他 ()	US\$ ユーロ その他 ()	US\$ ユーロ その他 ()	US\$ ユーロ その他 ()	US\$ ユーロ その他 ()

※領収書を添付のうえ、外貨でお支払いした費用は、通貨単位もご記入ください。

ご購入年月・購入価格は必ずご記入ください。領収証は必ず添付ください。購入価格は通貨単位をご記入ください。

損害品名 DAMAGED ITEMS	メーカー・形式 MODEL NO. ETC.	数量 QUANTITY	購入地・店 PLACE PURCHASED	購入年月 WHEN PURCHASED	購入価格(通貨) PURCHASE PRICE	領収書の有無 RECEIPT	保証書の有無 GUARANTEE
				年 月	()	(有) (無)	(有) (無)
				年 月	()	(有) (無)	(有) (無)
				年 月	()	(有) (無)	(有) (無)
				年 月	()	(有) (無)	(有) (無)

携行品キャッシュレス・リペアサービス※をご利用されていますか? □はい □いいえ(「いいえ」の場合、これから利用されますか? □はい □いいえ)
※携行品キャッシュレス・リペアサービスについては、リペアサービスセンター(指定修理会社)から必要書類をお取り寄せ頂いたうえで、当社委託の修理会社へ直接お送りいただくこととなります。また本サービスのご提供は、日本国内に限ります。(ただし、一部取扱いができない製品がございます。)修理が不可能な場合は、リペアサービスセンターからご連絡させていただきます。※本サービスのご請求方法詳細につきましてはポケットガイドをご参照ください。

携行品損害に関するご注意点
●携行品の明細紙面不足の場合は別紙に同じ要領でご記入のうえ、添付ください。
●盗難や全損の場合、時価額ベースで計算するため減価償却(物により、ご使用期間1年につき10%～20%程度)の適用がございます。
●高額な携行品であっても、1個、1組または1対について10万円が限度額です。
●同種の補償を行う他の保険契約等がある場合は、分担して保険金をお支払することとなり、二重にお支払することはできませんので予めご了承ください。

航空機遅延の緊急費用	出発予定便・予定日時	乗継予定便の出発予定日時	代替便・出発日時	費用明細(領収書を添付してください) (通貨)
	出発遅延 <input type="checkbox"/>	月 日 便	月 日 便	月 日 便
乗継遅延 <input type="checkbox"/>	時 分発	時 分発	時 分発	宿泊費 ()
				食事代 ()
				交通費 ()
				通信費 ()
				旅行サービス取消料 ()
				合計 ()

※航空機の遅延、手荷物の遅延、賠償に関するご請求の場合、裏面もご記入ください

