

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】

損害保険ジャパン日本興亜株式会社 行【 TO:SOMPO JAPAN NIPPONKOA INSURANCE INC.】

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＞個人情報の取り扱いに関する同意 AUTHORIZATION FOR MY PERSONAL INFORMATION
 損保ジャパン日本興亜（以下、「当社」と言います。）は、本保険金請求に関する個人情報、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④まで、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、医療機関、保険金の請求・支払いに関する関係先、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。

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（http://www.sjnk.co.jp/）をご覧ください。

Sompo Japan Nipponkoa ("Company") uses personal information regarding this insurance claim in order to perform activities such as insurance underwriting or payment, fulfillment of this policy contract, provision of ancillary services, notification/provision of Company products/services such as nonlife insurance, and conduct of questionnaires ("Activities"). In addition, we acquire, use, provide or register such personal information to the extent necessary for Company operations including those listed (i) to (iv) below.

(i) The Company may provide such information to parties such as companies entrusted with Company operations (including insurance agents), insurance brokers, medical institutions, and parties involved in the claim/payment of insurance benefits, or receive such information from these parties, for the above operations. These parties include some businesses located in foreign countries.

(ii) The Company may provide such information to or resister it at organizations such as the General Insurance Association of Japan, Non-Life Insurance Rating Organization of Japan and other nonlife insurance companies, or receive such information from these organizations, to ensure sound operation of the insurance system.

(iii) The Company may provide such information to reinsurance companies, etc. in Japan or overseas (including provision of such information from a reinsurance company to another reinsurance company, etc.) in order to conclude reinsurance contracts or receive reinsurance benefits, etc.

(iv) The Company may provide such information to its group companies or partner companies in Japan or overseas, for uses such as notification or provision of their products and related judgments.

Use of sensitive information such as on healthcare (including sensitive information such as race, creed, social status, medical case history, criminal history, or criminal victimhood status) is restricted to purposes such as securing appropriate management of our businesses and other purposes as deemed necessary, in accordance with laws, regulations, and other rules.

For details of the Company's handling of personal information (including personal information of non-residents of Japan), group companies and partner companies, etc., visit the Company's official website (http://www.sjnk.co.jp/).

＜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、損保ジャパン日本興亜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 Nipponkoa or its authorized representative with any and all information or document with respect to any sickness/injury or accident. I accept that a photocopy of this authorization shall also be considered as effective and valid as the original.

＜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日本興亜）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 Nipponkoa) 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日本興亜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（損保ジャパン日本興亜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、損保ジャパン日本興亜がその保険契約等の損害保険会社・共済等に対して、損保ジャパン日本興亜の負担すべき部分（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日本興亜の支払うべき額の割合をてん補損害額に乗じて得た額）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 Nipponkoa or to the other non-life insurance companies, mutual aid associations, etc., with which the relevant insurance contracts, etc., are concluded. [If Sompo Japan Nipponkoa, other non-life insurance companies, mutual aid associations, etc., with which the relevant insurance contracts, etc., are concluded, specify procedures for such repayment, I shall follow the procedures.]

In the case of the existence of other insurance contracts, etc., I agree that Sompo Japan Nipponkoa 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.

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。

1	記入日 (DATE)	年 月 日 (YEAR) (MONTH) (DAY)	住所 (ADDRESS) 〒 - (フリガナ) 都 道 府 県	署名・捺印 (NAME-SIGNATURE) (フリガナ) 親権者・請求者が未成年の場合	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) () メールアドレス
	契約証・証券番号				
	保険期間 (INSURANCE PERIOD)	年 月 日 ~ 年 月 日			

2	保険金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・支店)	口座種類	(普通・当座・貯蓄)	店番	口座番号
		口座名義 (カタカナ)								
		ゆうちょ銀行 Japan Postal Bank								
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					

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。	
	保険契約・会社名	契約証番号
	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	

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。

4	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)		
	入院の場合ご記入ください： 入院日 年 月 日 退院日 年 月 日	*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	(1) 治療費等の場合	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 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (年 月頃)							
		今回の治療で入院されましたか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ						
		治療費 (MEDICAL CHARGE) US\$ ユーロ その他 ()	薬代 (MEDICINE) US\$ ユーロ その他 ()	交通費 (TRANSPORTATION) US\$ ユーロ その他 ()	その他 (OTHERS) US\$ ユーロ その他 ()	合計 (TOTAL) 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。								
	(2) 携行品損害の場合	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)	
					年 月 ()	(有) (無)	(有) (無)		
(3) 旅行事故緊急費用	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? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (「いいえ」の場合、これから利用されますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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、損保ジャパン日本興亜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。								
	出発遅延 <input type="checkbox"/>	出発予定便・予定日時 月 日 便	乗継予定便の出発予定日時 月 日 便	代替便・出発日時 月 日 便	費用明細 (領収書を添付してください) (通貨)				
				宿泊費	()				
				食事代	()				
				交通費	()				
				通信費	()				
乗継遅延 <input type="checkbox"/>	時 分発	時 分発	時 分発	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

6 自身のその他費用損害 (航空機寄託手荷物遅延・旅行事故緊急費用等の場合)

航空機寄託手荷物遅延・旅行事故緊急費用等の場合	
目的地到着日時: 年 月 日 時 便	荷物が到着した日時: 年 月 日 時
支出内容	支払日 支払額(通貨)
	年 月 日 ()
	年 月 日 ()

※以下は第三者に被害を与えた場合にご記入ください。

7 第三者への賠償責任

※賠償事故で、相手方と示談書を交わさない場合に示談書に代えて提出いただく書類です。

前記事故により、被害者 殿から損害賠償請求を受け、
 年 月 日に賠償金 円を支払いましたが、当事者双方の了解により示談書を作成いたしませんでした。つきましては、以上のとおり賠償行為が終了しておりますので示談書にかえて本確認書並びに損害賠償金の支払いを証する書類を提示し、保険金の請求をいたします。

被保険者 住所
 (未成年の場合は親権者) 氏名

※以下は医療機関にてご記入いただくものです。

8 ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT (診断書) ※治療費用が10万円以下の場合、省略可能です。

Patient's Name (Last Name, First Name) Patient's Date of Birthday (患者生年月日) SEX (性別)

患者名 (姓名) Month (月) Day (日) Year (年) M(男) F(女)

Date of illness (first symptoms) or Injury (症状が現れた日) Is condition due to pregnancy? (妊娠による病気ですか?)

YES (はい) NO (いいえ)

Date the Patient first consulted you for this condition (初診日) Diagnosis or condition of illness or injury (診断名または症状)

If Patient was injured, please give place of accident (傷害事故の場合、受傷場所をご記入ください)

If Patient has had same or similar prior illness, please give first date of manifestation (既往症有りの場合、最初の発病日をご記入ください)

Month (月) Day (日) Year (年)

Describe any other disease affecting present condition (他の疾患の影響がありますか?)

Date(s) of Services (治療または入院期間)

Month (月) Day (日) Year (年) Month (月) Day (日) Year (年)

Home Visit(s) (往診) From (から) to (まで) How many? (回)

Outpatient Care (外来通院) From (から) to (まで) How many? (回)

Inpatient (入院) From (から) to (まで)

Date of final assessment (診断日) Month (月) Day (日) Year (年)

1.Healed (治癒) 2.Treatment is continuing (継続中) 3.Referred (転院・転医) 4.Discontinued (中止) 5.Death (死亡)

Was private nurse required? (付添看護必要性の有無) YES 要 _____ days (日間) NO 不要

Date of service (治療日)	Fully describe procedures, medical services or supplies furnished (治療内容をご記入ください)	Charge (治療費用)	AMOUNT PAID (受領済金額)
			BALANCE DUE (未受領金額)
TOTAL CHARGE (合計)			

Address (住所) Phone number (電話番号) Fax number (ファクシミリ番号) Date of preparation (作成日付) Month (月) Day (日) Year (年) Signature (署名または記名捺印) of attending physician (担当医)

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の記入例

この用紙は、「保険金請求書」「個人情報の取扱いに関する同意書」「キャッシュレス治療サービス利用に関する委任・同意書」「他の保険契約等の保険金請求に関する同意書」「事故状況説明書」「診断書」となっております。「保険金請求書」「事故状況説明書」は記入例をご参照のうえ正確にご記入ください。「診断書」は治療を受けた場合、現地の病院で記入してもらってください。

1 記入日 (DATE) 2014年 8月 1日 (YEAR) (MONTH) (DAY)

住所 (ADDRESS) 〒160-8338 (フリガナ) シンジウキョウ 1-26-1 東京 豊洲 新宿区 西新宿

契約証・証券番号 JJ0001234567 署名・捺印 (フリガナ) 損保太郎

生年月日 1975年 2月 23日 性別 男(Male) 女(Female) 生年月日 年 月 日 生

保険期間 (INSURANCE PERIOD) 2014年 7月 1日 - 2014年 7月 8日 日中連絡の取れる電話番号 (TEL) 00 (0000) 0000 自宅 (Home) 勤務先 (Office) 携帯 (Mobile) メールアドレス

2 金融機関 (フリガナ) ヒマワリ 新宿 (支店) 口座番号 0000000000000000

口座名義 (フリガナ) ソンボ タロウ ゆうちょ銀行 Japan Postal Bank 通帳記号 通帳番号

※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。

保険金のご請求は、被保険者 (保険の対象となる方) が必ずご自分でご記入、ご捺印ください。未成年の場合は、親権者または後見人の方が、ご記入、ご捺印ください。海外で保険金をご請求される場合、パスポートと同じサインをお願いします。

保険金振込指図欄のご記入に相違があると、照会等のためにお振り込みが遅れることがありますので、お間違えないようご記入ください。

記入例をご参照のうえ、状況、程度を具体的に記入してください。

他の同種の保険契約がある場合には必ずご記入ください。同種の保険契約とは、海外旅行総合保険、新・海外旅行保険、海外旅行傷害保険、クレジットカードに付帯する海外旅行傷害保険、普通傷害保険、傷害総合保険、家族傷害保険、交通事故傷害保険等をいいます。

携行品損害保険金、傷害治療費用保険金をご請求の場合は、警察等、公的機関の証明書などをご提出ください。ご事情によりお取付けのできない場合は同行の添乗員もしくは第三者の証明が必要となります。

記入欄が不足の場合は同じ要領で別紙にご記入のうえ添付してください。

賠償額を証する領収書等がある場合、被害者の方の氏名、賠償金の支払年月日、支払済みの賠償金額をご記入することにより、示談書にかえることができます。被保険者の方が署名・捺印してください。損害賠償額を証する領収書・振込証を添付してください。

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。

無 有 「有」の場合は以下をご記入ください。

保険契約・会社名 契約証券番号

海外旅行傷害保険が付帯されているクレジットカード DC NICOS JAL ANA その他 () カード番号

保険金請求の有無 無 有

4 以下の事項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。各々の事故発生日や事故内容が分かるようご記入ください。

日時 (DATE AND TIME) 2014年 7月 2日 AM 9:00 第三者による親證書 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) アメリカ ハワイ州 住所 (ADDRESS) 東京都千代田区

事故・疾病の状況 (CIRCUMSTANCES) ホテルの部屋で写真を撮ろうとしたところ、誤って椅子につまづき椅子を壊した。また、この際、持っていたカメラを破壊すると同時に、ケガをしたので病院で治療を受けた。

入院の場合ご記入ください: 入院日 年 月 日 退院日 年 月 日 氏名 (NAME) 損保花子

届出警察 (POLICE) / 受理番号 (No.) ※治療費領収書、事故証明書、パスポート、旅行会社の証明書、別紙による証明書を添付されている場合は、上記への記入は不要です。

5 (1) 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 \$120.00 () () () () () US \$120.00

※領収書を添付のうえ、外貨でお支払した費用は、通貨単位もご記入ください。

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

携行品名 DAMAGED ITEMS	メーカー・型式 MODEL NO. ETC.	数量 QUANTITY	購入場所・購入時期 PLACE PURCHASED WHEN PURCHASED	購入価格 (通貨) PURCHASE PRICE	領収書の有無 RECEIPT	保証書の有無 WARRANTY
カメラ	XX	1	〇〇デパート 2012年 7月	36,800 (円)	()	()

(2) 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、リペアセンター (指定修理会社) から必要書類をお取り寄せいただくことで、損保ジャパン (日本損害保険の総合会社) から修理費の支払いが受けられます。ただし、一部取扱いのできない商品がございます。修理可能な場合は、リペア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事項

- 携行品の明細記載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、お見積りベースで計算するため賠償額 (補償) が、ご申告期間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。
- 同様の補償を行う他の保険契約等がある場合は、分割して保険金をお支払することとなり、二度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。

(3) 出発前証 出発予定・予定日時 乗継予定の出発予定日時 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)

項目	通貨
乗継料	()
食料代	()
交通費	()
宿泊費	()
旅行サービス取崩料	()
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。

6 航空機寄託手荷物遅延・旅行事故緊急費用等の場合

航空機寄託手荷物遅延・旅行事故緊急費用等の場合	
目的地到着日時: 年 月 日 時 便	荷物が到着した日時: 年 月 日 時
支出内容	支払日 支払額(通貨)
	年 月 日 ()
	年 月 日 ()

※以下は第三者に被害を与えた場合にご記入ください。

7 賠償事故で、相手方と示談書を交わさない場合に示談書に代えて提出いただく書類です。

前記事故により、被害者 〇〇ホテル 殿から損害賠償請求を受け、
 2014年 7月 2日に賠償金 15,000円を支払いましたが、当事者双方の了解により示談書を作成いたしませんでした。つきましては、以上のとおり賠償行為が終了しておりますので示談書にかえて本確認書並びに損害賠償金の支払いを証する書類を提示し、保険金の請求をいたします。

被保険者 住所 東京都新宿区西新宿1-26-1
 (未成年の場合は親権者) 氏名 損保太郎

※保険金のご請求にあたり、当社にご提出いただいた書類 (保険金請求書、診断書、領収書等) の原本については、ご返却いたしかねますので、あらかじめご了承ください。