

AIU損害保険株式会社 御中

- 当請求書の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。
- 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。
- 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越えた額について、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 年 月 日

1 被保険者(旅行者・保険の対象となる方)・保険金請求者

契約証・証券番号		企業包括契約の方は ID No.もご記入ください	
被保険者名	フリガナ	<input type="checkbox"/> 日中の ご連絡先 E-Mail アドレス	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯 (- -)
	お名前		
	ご住所 日本国内 〒 -		性別 <input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
	勤務先	生年月日	年 月 日 才
保険金請求者が被保険者(旅行者・保険の対象となる方)と異なる場合のみご記入ください			
保険金請求者名	フリガナ	<input type="checkbox"/> 日中の ご連絡先 E-Mail アドレス	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯 (- -)
	お名前		
	ご住所 〒 -		

2 他の保険契約などについて ● 該当するものがある場合は必ずご記入ください。

他に契約されている海外旅行保険	会社名	証券番号
お持ちの海外旅行保険付帯クレジットカードに○印をつけてください	各種ゴールドカード(<input type="checkbox"/> JCB <input type="checkbox"/> 三井住友VISA <input type="checkbox"/> UC <input type="checkbox"/> DC <input type="checkbox"/> MC <input type="checkbox"/> シティ) <input type="checkbox"/> NICOS(ニコス) <input type="checkbox"/> オリコ <input type="checkbox"/> ジャックス <input type="checkbox"/> ライフ <input type="checkbox"/> アプラス <input type="checkbox"/> CF <input type="checkbox"/> VIEW <input type="checkbox"/> ダイナース <input type="checkbox"/> アメックス <input type="checkbox"/> VISAエグゼクティブ <input type="checkbox"/> VISAアミティエA <input type="checkbox"/> JCBネクサス・グランデ <input type="checkbox"/> JAL <input type="checkbox"/> ANA <input type="checkbox"/> UA <input type="checkbox"/> NW その他海外旅行保険付帯カード (カード名:)	

3 おケガ・ご病気・事故の状況

おケガ	事故日をご記入ください。 年 月 日	ご病気	発症日と初診日をご記入ください。 発症 年 月 日 頃 初診 年 月 日	国名	都市名
おケガ・ご病気に至った経緯・症状など詳しくご記入ください					
1) 過去に今回のおケガ・ご病気と同じ症状で治療を受けられたことがありますか	<input type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> はい	病院名	治療期間 ~ 年 月 日	委任状 私は、私を治療した病院・医師、その他()を代理人と定め、当該事故に係わる保険金の請求並びに受領に関する一切の権限を委任します。 署名日 年 月 日	
2) 常用されているお薬があればお知らせください	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり	薬名	その症状は治ゆしていましたが <input type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> はい	被保険者署名 <input type="checkbox"/>	

4 保険金支払先 ● 貯蓄口座へのお振込みはできません。

銀行 <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/>	支店	ゆうちょ銀行 <input type="checkbox"/>
信用金庫 <input type="checkbox"/> 信用組合 <input type="checkbox"/>		
店番号	口座番号	通帳記号 通帳番号
<input type="checkbox"/> 普通・総合 <input type="checkbox"/> 当座		1 0
口座名義(カタカナ) 左づめでご記入ください		

代理店受付日	保険会社受付日
年 月 日	



5 診断書 Medical Certificate

● 診断書は医師に記入を依頼してください。

患者氏名 Patient's name			患者生年月日 Patient's Date of Birth	/ /	
症状が現れた日 Date of illness (first symptom) or injury	/ /		他の疾病の影響はございますか。 Describe any other disease affecting present condition	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Yes
初診日 Date of first consultation	/ /		妊娠による疾病ですか。 Is condition due to pregnancy?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Yes
患者は以前に同様の症状を訴えたことがありますか。 Has patient ever had same or similar symptoms?	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes		いつ頃でしょうか。 If yes, give approx. date	/ /	
	以前の症状で実際に治療を受けましたか。 If yes, did patient receive any treatment for prior symptoms by any doctor?			<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Yes
治療の期間 Period of your treatment	<input type="checkbox"/> 外来 Out patient	<input type="checkbox"/> 往診 Home visit	<input type="checkbox"/> 入院 Confinement	Date From	/ / To / /
傷病名および経過 State diagnosis or nature of illness or injury	----- -----				
他の機関で治療を受けたならば、その住所、病院名 Name & address of facility where services were rendered for this illness or injury.				転医日 Date of transfer	/ /
治癒日 Date of Recovery	/ /		後遺障害の有無(ケガの場合) Prognosis (in case of injury)	<input type="checkbox"/> なし Good	<input type="checkbox"/> あり Poor
職業看護師の付添が必要でしたか。 Was professional nursing required?	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes		自 From	/ /	至 To / /
住所 Address	日付 date / /				
	電話 Tel (- -)				
	署名 Signature _____				
	担当医 Attending physician				

6 同意書

私は今回、保険請求するにあたり、下記の各項目に同意します。なお、本書の写真複写(コピー)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.

■ 保険金支払に必要な医療情報の提供に関わる同意

被保険者を診療または治療したすべての病院、医師、および関係者が、AIU損害保険株式会社またはその指定する者に、被保険者に関するすべての疾病、傷害の記録を提供することを承認します。

I hereby authorize any hospital, physician, or other person who has attended or examined the insured, to furnish to AIU Insurance Company, Ltd., or its authorized representative, any and all information with respect to any sickness or injury, medical history, consultation, prescriptions or treatment as well as copies of all hospital or medical records.

■ 個人情報の取扱いに関わる同意

1. 保険金請求に際して、保険契約の内容、身体障害、および事故状況などについて損害保険会社・共済などの中で確認されることに同意します。

2. 当該契約の請求に関して提出した書類により取得した個人情報を、次の利用目的の達成に必要な範囲で貴社が取扱うことに同意します。

- ① 各種保険契約の引受、継続・維持管理、保険金・給付金などの支払い
- ② 関連会社・提携会社を含む各種商品やサービスの案内・提供、契約の維持管理
- ③ 貴社業務に関する情報提供・運営管理、商品・サービスの充実
- ④ その他保険に関連・付随する業務

3. 再保険(再々保険以降を含む)出再契約の場合、再保険会社における当該保険契約の保険金・給付金などの支払いに必要な個人情報が、貴社から再保険会社に提供されることに同意します。

4. 他の保険会社などに対して、貴社の負担部分を超える額を求償するために必要な情報(支払責任額など契約の内容、損害額など事故に関する情報、支払保険金などに関する情報)が、以下のとおり提供・利用されることに同意します。

- ① 貴社がその保険会社などへ提供すること、また、その保険会社などから提供を受けて利用すること。
- ② その保険会社などが貴社へ提供すること、また、貴社から提供を受けて利用すること。

記入日 年 月 日

被保険者署名 漢字

Signature of Insured ローマ字

