

! ご記入の前に、記載の内容をご確認ください。

保険金を請求される方で本人がご署名ください。  
 ● 事故当事者が未成年者の場合は、親権者の方がご署名ください。  
 ● 事情によりご本人が請求できない場合は、法定代理人または法定相続人の方が、ご署名ください。

忘れずに押印してください。  
 ● 弊社からの指定がない場合、認印で結構です。

保険証券をご確認のうえ、今回請求される保険の種類、証券番号をすべてご記入ください。

他の保険会社にご請求可能な保険契約がある場合は、内容をご記入ください。

事故が発生した日時、場所、状況について、わかる範囲でご記入ください。

## 保険金請求書 兼 同意書

AIU損害保険株式会社 御中 代理店 (△△保険事務所)

● 下記について関係書類を添付のうえ保険金を請求します。  
 (本保険金請求が自動車事故での対人賠償保険金・人身傷害補償保険金請求の場合は、自賠責保険(共済)金相当額を含みます。  
 対人賠償保険金受領のうえは、自動車損害賠償保障法に基づく保険金の請求受領に関する一切の権限を貴社に委任します。)  
 ● 貴社が本保険金請求に関する私の個人情報(保険契約の履行(保険金支払の可否、支払金額の算定など)および各種サービスの提供のために取得、利用すること、ならびに貴社が業務上必要とする範囲において、個人情報(裏面)のとおり取得、利用、提供することに同意します。

ご記入日 **20XX** 年 **9** 月 **10** 日

● 保険金を請求される方ご本人がご記名、押印してください。  
 ● 法人の場合は法人名にてご記名、押印してください。  
 ● 被保険者が未成年の場合は、親権者の方がご記入ください。

---

**1 保険金を請求される方(保険金請求者)**

〒 **130 - 0000** 電話番号( **03 - XXXX - △△△** )

ご住所 **東京都墨田区錦糸X-X-201** ご連絡先 日中のご連絡先 ( **090 - XXXX - △△△** )

フリガナ **エイアイ ユウ** 法人の場合は担当者のお名前をご記入ください

お名前 **永愛 優** 担当者名

**2 請求される保険の種類** ● 保険証券(または加入者証)をご確認ください。

保険の種類を ○で囲んでください (傷害・医療保険) (自動車保険) (賠償責任保険) (火災保険) (海外・国内旅行保険) (その他) ( )

証券番号(加入者番号)をご記入ください ① **123456XXXX-0001** ② - ③ -

---

**3 他社のご契約** ● ご請求可能な他社の保険契約などがありましたらご記入ください。

保険会社などの名称	保険の種類	証券番号	連絡先	保険金請求の有無
東海上	海外旅行	ABCDEFGH	03 - △△△ - XXXX	(あり) (なし)
				(あり) (なし)

**4 事故の状況** ● ご病気にかかわる請求の場合はご記入不要です。

それはいつ起こりましたか **20XX** 年 **9** 月 **1** 日 (午前/午後) **9** 時 **00** 分頃

それはどこで起こりましたか 国内 都道府県 市 区  
 海外 国名( **アメリカ** ) 都市名( **ニューヨーク** )

それはどのように起こりましたか **ホテル滞在中、お風呂の水をあふれさせ、部屋のじゅうたんを水浸しにさせてしまい、ホテルから賠償請求されている。**

---

**5 保険金支払先** ● 貯蓄口座へのお振込みはできません。

ご希望の支払先を ○で囲んでください (保険料振替口座と同じ) ▶ 保険料振替口座の場合は、口座欄のご記入は不要です。

ご希望の支払先 **下記口座**

**東西** (銀行) (JA) **錦糸町** 支店 (ゆうちょ銀行)

(信用金庫) (信用組合)

店番号	口座番号	通帳記号	通帳番号
(普通・総合) 当座: <b>1001234XXXX</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b> </b>

口座名義(カタカナ) 左つめでご記入ください **エイアイ ユウ**

**6 保険金の支払先**

記号 **11960** 番号 **1234561**

おなまえ **おなまえ**

おとこ (郵便番号 130-0000) 東京都墨田区錦糸 X-X-201

株式会社 ゆうちょ銀行

(通帳とお振付用紙とは、別々に保管してください。)

代理店受付日 保険会社受付日

年 月 日

300-020

保険証券記載の取扱代理店名をご記入ください。  
 ● ご不明な場合は、ご記入不要です。

この書類を作成された日付をご記入ください。

ご連絡先をご記入ください。  
 ● ご自宅あるいは日中のご連絡先をお忘れなくご記入ください。

保険金の支払先をご指定ください。  
 ● 通帳などをご覧いただき、正しくご記入ください。  
 ● 口座番号は、右つめでご記入ください。  
 ● ゆうちょ銀行の場合は、下図を参考にしてください。

(ゆうちょ銀行の例)

記号 **11960** 番号 **1234561**

おなまえ **おなまえ**

おとこ (郵便番号 130-0000) 東京都墨田区錦糸 X-X-201

株式会社 ゆうちょ銀行

(通帳とお振付用紙とは、別々に保管してください。)

●「保険金請求書 兼 同意書」の記入方法については、裏面をご覧ください。

! ご記入の前に、記載の内容をご確認ください。

相手方のお名前、ご住所、ご連絡先、事故により発生した損害についてわかる範囲でご記入ください。

相手方が複数いらっしゃる場合に、ご記入ください。

●3人以上の場合は、別途便せんなどで結構ですので、同じように内容をご記入ください。

クレジットカードをお持ちの場合は、内容をご記入ください。

●右記のクレジットカードには、海外旅行保険がセットされていますので、該当のカードをお持ちであれば、ご記入をお願いいたします。

事故の当事者ご本人がご署名・ご捺印ください。  
事故当事者が未成年の場合は、親権者の方がご署名・ご捺印ください。

この書類を作成された日付をご記入ください。

レンタル品の損害がある場合のみご記入ください。

●レンタル業者名・連絡先、請求を受けている金額をご記入ください。

●請求書などの原本を同封してください。

### 旅行保険の報告書 兼 同意書

AIU損害保険株式会社 御中

ご記入日 20XX年 9月 10日

賠償用

---

**1 被保険者(保険の補償を受けられる方)**

〒130-0000 ご住所 <b>東京都墨田区錦糸X-X-201</b>	電話番号( 03 -XXXX-△△△△) 日中のご連絡先 ( 090 -XXXX-△△△△) E-Mailアドレス aaa@xxx.com
フリガナ <b>エイアイ ユウ</b>	生年月日 <b>19XX年 1月 1日</b>
お名前 <b>永愛 優</b>	性別 <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 <b>XX才</b>

**2 事故により発生した損害(レンタル品損害の場合は下記3.にご記入ください)**

相手方1 ご住所 <b>XXX</b> お名前 <b>△△ホテル</b> お電話番号 <b>212-XXX-XXXX</b> 被保険者との関係 <b>宿泊先</b>	損害内容(おケガの場合は診断名、治療状況、おケガの程度など) <b>部屋のじゅうたんの1/3水浸し</b> 請求金額 <b>\$300</b>
相手方2 ご住所 お名前 お電話番号 被保険者との関係	損害内容(おケガの場合は診断名、治療状況、おケガの程度など) 請求金額

**3 レンタル品損害についてご記入ください**

レンタル用品	レンタル業者・連絡先	請求金額
<b>携帯電話</b>	<b>〇〇ショップ XXX-XXX</b>	<b>¥12,000</b>

**4 お持ちのクレジットカードで以下に該当するものがある場合には必ずご記入ください。**

お持ちの海外旅行保険付帯クレジットカードに〇印をつけてください	各種ゴールドカード( JCB 三井住友VISA UC DC MC シティ ) NICOS(ニコス) オリコ ジャックス ライフ アプラス CF VIEW ダイナース アメックス VISAエグゼクティブ VISAアミティエ JCBネクサス・グランデ JAL ANA UA NW その他海外旅行保険付帯カード (カード名: )
---------------------------------	--

**報告者(被保険者または保険金請求者)**

●私は、別紙保険金請求書の内容を確認のうえ、保険金請求書記載の内容に補足して上記の事項について報告します。  
 ●私は、同一の損害または費用に対して、別紙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超過した額について、貴社または他の保険契約などの損害保険会社へ請求および返還します(貴社または他の保険契約などの保険会社へ請求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へ請求することに対して貴社の負担部分を超える額を請求することに同意します。

フリガナ <b>エイアイ ユウ</b> お名前 <b>永愛 優</b>	電話番号( 03 -XXXX-△△△△) 日中のご連絡先 ( 090 -XXXX-△△△△)
保険契約者との関係 <input checked="" type="radio"/> 本人・役員 <input type="radio"/> 配偶者 <input type="radio"/> 父母 <input type="radio"/> 子 <input type="radio"/> 親族 <input type="radio"/> 従業員 <input type="radio"/> その他( )	代理店受付日 年 月 日 保険会社受付日 年 月 日

304-185

AIU INSURANCE COMPANY, Ltd.