記入例 4 ～ 7　下記記入例をご参照のうえ、正確にご記入ください。

4 他の保険契約等 (OTHER INSURANCE CONTRACTS)

◎の記入例をご参照のうえ、正確にご記入ください。 Please fill in accurately by referring to the example in Page 5.

		有の場合にご記入ください。 If YES, please fill in.		
他に契約されている海外旅行保険はありますか？ Do you have other overseas travel insurance?	☐無 NO ☑有 YES	保険会社名 INSURANCE COMPANY	証券番号 INSURANCE POLICY NUMBER	保険金請求の有無 Have you filed a claim against the insurance company? ☑無 NO ☐有 YES
		○×保険会社	△△△△△△△△	
海外旅行保険付帯のクレジットカードをお持ちですか？ Do you have overseas travel insurance incidental to a credit card?		お持ちの場合にご記入ください。 When you have it, please fill in.		
	☐持っていない NO	クレジットカード名称 NAME OF CREDIT CARD	クレジットカード番号 NUMBER OF CREDIT CARD	保険金請求の有無 Have you filed a claim against the insurance company?
※海外旅行保険付帯のクレジットカードをお持ちの場合は、パスポートコピー（日本出入国のスタンプページおよび写真のページ）をご提出ください。 If yes, please submit a copy of the passport copy (the page of the stamp of the emigration and immigration into Japan and page of the photograph).	☑持っている YES	☐DC ☐JCB ☐AMEX ☐三井住友VISA ☐JAL ☐ANA ☐UC ☐楽天 ☐オリコ ☑その他海外旅行保険付帯カード (SUMITOMO MITSUI BANKING INSURANCE, DI-ICHI GEN (カード名：○○カード) (NAME OF THE CREDIT CARD)	1234-5678-9012-3450	☐無 NO ☑有 YES

本紙に書ききれない場合は別紙を添付してください。 Please attach another sheet if necessary.

5 事故状況またはおけが・ご病気の状況、および保険金請求額 (DESCRIPTION OF ACCIDENT, INJURY, SICKNESS AND THE AMOUNT OF CLAIM)

事故日時・受傷日・初診日 DATE & TIME OF ACCIDENT, INJURY OR FIRST VISIT	20XX 年 YEAR 5 月 MONTH 3 日 DAY ☑AM ☐PM 11：00 頃(現地時間)
国名・場所 PLACE	アメリカ合衆国・ニューヨーク
事故状況/おけが・ご病気の状況 CIRCUMSTANCES おけが・ご病気に至った経緯または原因の発生した経緯をご記入ください。 Please describe the accident, injury or sickness in detail.	友人と5番街で買い物中、50丁目交差点付近で見知らぬ男性の背後にぶつかり、カメラとノート型パソコンを落として破損した。 またぶつかった際に転倒し、右足首を捻挫した。
警察届出 POLICE REPORT （ご病気の請求の際は記入不要です (You do not have to fill in in case of sickness.)	届出警察署名 NAME OF POLICE OR GOVERNMENT AUTHORITY　受理番号 REPORT NO.
	事故証明書原本をご提出ください。 Please submit the original certificate of accident.
証人欄 WITNESS （ご病気の請求の際は記入不要です (You do not have to fill in in case of sickness.)	上記の通り事故を確認します I confirm the accident as above.
	住所 ADDRESS 東京都中央区中央△-△-△
	名前 NAME 保険 次郎 (保険) SIGNATURE TEL TELEPHONE 03-3543-××××
	被保険者(保険の対象となる方)との関係 RELATIONS WITH THE PERSON INSURED 友人

保険金請求額 AMOUNT OF CLAIM	費目 ITEM OF EXPENSE	金額 AMOUNT	費目 ITEM OF EXPENSE	金額 AMOUNT
	☑治療費・入院費 MEDICAL EXPENSES HOSPITALIZATION ③	US$70- ③	☑カメラ修理費	¥10,000-
	☐処方薬代 PRESCRIPTION CHARGE FOR MEDICINE		☑ノート型パソコン修理費	¥20,000-
支払通貨でご記入ください Please fill in in local currency.	☑交通費 TRANSPORTATION EXPENSES	US$10-	☐	③
	保険金請求合計額 TOTAL		US$80-、¥30,000-	

6 おけが・ご病気に関するご請求 (CLAIM ON INJURY OR SICKNESS)

保険金請求額が10万円を超える場合は、原則病院から発行された診断書または当紙内の診断書 P6 をお取り付けください。 When the amount of claim exceeds 100,000 yen, please submit a medical certificate of the physician issued by the physician fill in the certificate in Page 6. ④

病院名 HOSPITAL NAME　New York Hospital ⑤

質問事項 QUESTIONNAIRE		
①今回請求されるおけが・ご病気について、旅行開始前から治療を受けているものも含まれますか？ ①Is your claim related to the medical treatment arising out of an injury or sickness before the inception of the travel?	☑いいえ NO ☐はい YES	
②今回のおけが・ご病気で入院されましたか？ ②Were you hospitalized due to the injury or sickness this time?	☑いいえ NO ☐はい YES	
③現地で「キャッシュレス・メディカル・サービス」*をご利用されましたか？ ③Did you use "cashless medical service"?	☑いいえ NO ☐はい YES	▶上記「病院名」欄をご記入ください。 Please fill in the name of the hospital.
④入院または通院のために要した交通費はありますか？ ④Have you incurred transportation expenses for visiting the hospital or hospitalization? 本紙に書ききれない場合は別紙を添付してください。 [1]ご利用日 [2]ご利用区間 [3]乗車運賃(自家用車の場合は医療機関までの距離)をご記入のうえ、ご提出ください。 Please attach another sheet if necessary. Please submit the form filling in: [1]date [2]section [3]fare (in the case of a privately-owned car please fill in the distance to the medical institution)	☐いいえ NO ☑はい YES ▶	交通機関・区間をご記入ください。 Please fill in means of transportation and section. 地下鉄：5番街～9番街 金額 AMOUNT US$10-

＊治療費用を全額保険金でお支払いできる場合に、病院で自己負担することなく治療を受けることができるサービスです。 It is the name of the service that you are entitled to medical treatment free of charge when the medical expenses are covered in full under the overseas travel insurance.

7 携行品損害のご請求

◎の記入例をご参照のうえ、正確にご記入ください。

品名 STOLEN/DAMAGED ITEM	メーカー・型番・ブランドなど	数量 QUANTITY	購入店・購入先 RETAILER	購入価格 PRICE PURCHASED	購入年月日 DATE PURCHASED	領収書・取扱説明書・保証書等の有無	弊社使用欄
○○○カメラ	AFX-8	1	いろはカメラ	35,000 円	'07.3.10	☑有 ☐無	
△△ノート型パソコン	XXX-XXX	1	ほへとネット	100,000 円	'09.10.10	☑有 ☐無	

スーツケース修理サービス*1をご希望されますか？ 上記および 5 *2もご記入ください。 ☐はい ⑦ ☑いいえ

ご契約に免責金額（自己負担額）が設定されている場合には、本サービスはご提供いたしかねますのでご了承ください。

＊1 サービスのご利用方法等の詳細は海外旅行保険あんしんガイドブックをご参照ください。スーツケース修理サービスとは、ご旅行中に破損したスーツケースの修理に際し、修理費(保険金)を弊社が修理会社へ直接お支払いさせていただくことで、お客様に修理費をお立て替えいただかずに済むサービスです。スーツケースは、弊社から「スーツケース修理サービスのご案内書」をお取り寄せいただいたうえで、弊社提携の修理会社へ直接お送りいただくこととなります。
●本サービスのご提供は日本国内に限ります。海外にご滞在中は、本サービスはご提供いたしかねます。

＊2 5 に必ず破損した日時および破損に至った経緯をご記入ください。

本紙に書ききれない場合は別紙を添付してください。

他に同種の保険契約がある場合は必ずご記入ください。
携行品損害保険金をご請求の場合は、携行品の損害を補償する他の保険契約を含みます。 ①

事故状況、おけが・ご病気の状況はできるだけ具体的にご記入ください。 ②

保険金請求額はそれぞれの請求の費目、金額および合計額をご記入ください。 ③

保険金請求額が10万円を超える場合は、原則病院から発行された診断書または添付の診断書のお取り付けが必要となります。 ④

受診された病院が複数の場合は、全ての病院名をご記入ください。 ⑤

購入時の領収書原本、取扱説明書、または保証書を添付してください。
破損の場合は、写真、見積書を添付してください。 ⑥

スーツケース修理サービスをご希望の場合は、「はい」にチェックしてください。 ⑦

診断書　ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT（医師の診断書）

保険金請求額が10万円を超える場合は、原則病院から発行された診断書またはこの診断書をお取り付けください。

Patient's Name（患者氏名） (Last Name, First Name)	Patient's Birthday（患者生年月日）	Sex（性別）
（姓）＿＿＿＿＿＿（名）＿＿＿＿＿＿	Month（月）＿＿Day（日）＿＿Year（年）＿＿＿＿	☐M（男） ☐F（女）
Date when current illness(first symptom) appeared or injury (accident) occurred（発症日・受傷日） Month（月）＿＿Day（日）＿＿Year（年）＿＿＿＿	If patient has had same or similar prior illness, please give first date of manifestation.（既往症がある場合は、最初の発病日をご記入ください） Month（月）＿＿Day（日）＿＿Year（年）＿＿＿＿	

Diagnosis or condition of illness or injury（診断名または症状）

If patient is 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）

Date of services（治療または入院期間）

	From	To	How many?
Home visit(s)（往診）	Month（月）Day（日）Year（年）＿＿＿＿（から）	Month（月）Day（日）Year（年）＿＿＿＿（まで）	＿＿Times（回）
Outpatient care（外来通院）	Month（月）Day（日）Year（年）＿＿＿＿（から）	Month（月）Day（日）Year（年）＿＿＿＿（まで）	＿＿Times（回）
Hospitalization（入院）	Month（月）Day（日）Year（年）＿＿＿＿（から）	Month（月）Day（日）Year（年）＿＿＿＿（まで）	

Is there any possibility of physical or functional permanent disability due to the injury?（後遺障害が残っている可能性はありますか?）

Breakdown of medical expenses（治療実費の明細）			Date of final assessment（診断日）
Consultation fee（診療費）	Laboratory tests（諸検査費）	Medication（医薬費）	M（月）＿＿D（日）＿＿Y（年）＿＿＿＿
Hospitalization（入院費）	Operation（手術費）	Other charges（その他治療費）	☐ 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）
Total（合計）			

Address（住所）

Phone number（電話番号）	Fax number（FAX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）

海外旅行保険 保険金請求書 OVERSEAS TRAVEL INSURANCE CLAIM FORM

東京海上日動火災保険株式会社 宛　TO:Tokio Marine & Nichido Fire Insurance Co., Ltd.

TOKIO MARINE NICHIDO

同意事項 AUTHORIZATION

本書の内容が事実と相違ないことを確認し、保険金を請求いたします。保険金請求にあたり、上記の項目に同意いたします。なお、本書の写も本書と同じ効力があるものと認めます。

1.保険金は下記に指定する金融機関口座へお支払いください。振込をもって支払いがなされたものと認めます。
2.傷害・疾病に関する請求の場合
①東京海上日動火災保険株式会社（以下、「貴社」という）またはその指定する日本国または日本国外に所在する関係者（以下、「関係者」という）が、保険金の支払いに関する業務およびアシスタンスサービス提供に必要な範囲で各種情報※を取得・利用すること、および、貴社・関係者間または関係者間において当該範囲で各種情報を提供すること。
②貴社および関係者が日本国または日本国外で私を診察または治療した医療機関、医師（以下、「医療機関等」という）に対して①に定めた範囲で各種情報を提供すること、および、医療機関等が貴社および関係者に対して当該範囲で各種情報を提供すること。
※疾病傷害の治療の内容・症状の程度を確認するために必要となる診断書・診療報酬明細書等の医療情報、および請求権者・相続人を確認するために必要となる戸籍関連情報を含みます。
3.他の保険契約等がある場合
同一の損害または費用に対して、本保険請求の対象となる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わず、同一の損害または費用に対して保険金等を支払う契約をいいます。以下同様とします）がある場合につき、私は以下の事項について同意します。
①保険契約で定められた保険金等の額を超えて保険金等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等を超えた額について、貴社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すること(貴社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る場合には、その方法に従います)。
②他の保険契約等がある場合、貴社がその保険契約等の損害保険会社・共済等に対して貴社の負担部分を超える額を求償するために、貴社が保険契約等の損害保険会社・共済等に対して貴社の負担部分を超える額を求償すること。
③他の保険契約等がある場合、他の保険契約等を引き受けている損害保険会社・共済等に対して、貴社の負担部分を超える額を求償するために必要な保険金請求に関する私の個人情報(支払責任額等契約の内容、損害額等事故に関する情報、本件事故に関する支払可否・支払保険金等に関する情報)を、求償のため、貴社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、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・共済等が貴社へ提供すること、および、貴社から提供を受け、利用すること。

【個人情報の利用目的】
お客様の個人情報につきましては、保険引受の判断、保険事故への対応（関係先への照会等の事実関係の確認や関係する損害保険について損害保険会社間や東京海上グループ（※）内での確認を含みます）、保険金のお支払いおよび各種商品・サービスの提供・案内を行うために利用させていただきます。
（※）詳しくは、弊社ホームページ（http://www.tokiomarine-nichido.co.jp/）をご参照ください。

I request the payment of insurance claims in agreement with the content here of and the following descriptions. I agree to regard a copy of this form as effective as the original.

1. Please remit the insurance benefits to the bank account below. I admit that remittance shall constitute payment thereof.
2. Cases of illness or injury
(1) I agree that Tokio Marine & Nichido Fire Insurance Co., Ltd. (the company) or its proxy either in Japan or foreign countries (the proxy) acquires and uses information (*) necessary for payment of insurance claims and providing assistance services, and provides the company and the proxy with such information.
(2) I agree that the company and the proxy provide the medical institution or the physician (the medical institution) who examined or treated me either in Japan or foreign countries with such information, and the medical institution provides the company and the proxy with such information.
(*) Such information means details such as a doctor of medicine's certificate and a medical bill to verify the insured's symptom and the extent of treatment given to him/her, as well as family registers to verify the identities of the claimant(s) and inheritor(s).
3. Case of concurrent insurance contracts
In cases where, for the same loss or damage, or expenses, there exist the present insurance contract and other concurrent insurance contracts, etc. (meaning insurance contracts, mutual aid contracts, etc., irrespective of their names, under which insurance claims, etc. are paid for the same loss or damage, or expenses; the same meaning applying hereinafter), I hereby give my agreement to the following:
(1) I return immediately an excess, if any, of the amount of an insurance claim, etc. provided for in the insurance contract (subject to instructions on the manner of repayment, if any, from the company, other insurance companies or mutual aid associations, etc.);
(2) The company claims compensation for an amount in excess of your share of liability to the insurance companies, mutual aid associations, etc. concerned; and
(3) From the need of claiming compensation mentioned in (2) above, the company provides the insurance companies, mutual aid associations, etc. of the concurrent insurance contracts, with my personal information concerning my request for payment of an insurance claim (meaning information concerning the amount of liability for payment and other details of the insurance contract, the amount of loss or damage and other details of an accident, claimability of the case, and the amount of an insurance claim payable, etc.), or receives such information from those companies and makes use of it, and vice versa.

【Purpose of Use of Personal Information】
We only use the personal information of customers to make decisions on the acceptance of insurance, to respond to insured events (including confirmation of the facts relevant to our inquiries, etc. with the related destination, and confirmation between non-life insurance companies or within Tokio Marine Group (*) concerning related non-life insurance), and to pay insurance claims, provide various products and services, and information.
(*) Please refer to our Web site (http://www.tokiomarine-nichido.co.jp/) for details.

1 保険金請求者、被保険者（旅行者・保険の対象となる方）・ご契約内容

◎の記入例をご参照のうえ、正確にご記入ください。

記入日（請求日）	年　月　日		
保険金請求者 CLAIMANT	フリガナ 住所 ADDRESS	〒　－	
	フリガナ 記名捺印または署名 SIGNATURE	様 (印) ※被保険者（保険の対象となる方）が未成年の場合、親権者が請求者になります。 ※同意事項確認の署名・記名捺印兼用	電話番号 TELEPHONE 日中　－　－ / ご自宅　－　－
			E-mail
被保険者 (保険の対象となる方)	フリガナ 氏名 INSURED' NAME	☐保険金請求者に同じ 様	☐男 (MALE) ☐女 (FEMALE)
			生年月日 DATE OF BIRTH 西暦　年　月　日 生（　）歳
			勤務先 OCCUPATION
ご契約内容	証券番号・保険契約証番号・被保険者証番号 POLICY NO. / CERTIFICATE NO. / INSURED'S NO.	保険期間 INSURANCE PERIOD	年　月　日 ～ 年　月　日
			営業店コード OFFICE NO.
			代理店コード AGENT NO.

2 委任状　保険金ご請求手続きを代理の方に委任される場合のみご記入ください。

委任者	私は上記記載の保険金請求者を代理人と定め、本件にかかわる保険金の請求受領に関する一切の権限を委任します。	記名捺印または署名（未成年者の場合は親権者） フリガナ (印)
	フリガナ 住所	〒　－

3 保険金振込先　金融機関（ゆうちょ銀行以外）とゆうちょ銀行、いずれかの口座内容をご記入ください。 Please fill the bank account information of a banking institution (except for Japan Post Bank) or Japan Post Bank below.

保険金受取口座	☐銀行 ☐信金 ☐信組 ☐農協 BANK	支店コード（3ケタ） BRANCH No.	☐支店 ☐支所 BRANCH
	☐普通・総合 SAVINGS ☐当座 CHECKING ☐貯蓄 SAVINGS	☐口座番号（7ケタ） ACCOUNT No.	
	☐口座名義（カタカナ） ACCOUNT NAME		

ゆうちょ銀行 JAPAN POST BANK　※通帳の「郵便振替口座開設（送金機能）」欄に○が付されていることを予めご確認ください。

通帳記号（5ケタ） 1 0 ＿＿＿　通帳番号（8ケタ）（右詰めでご記入ください）

外貨を日本円に換算してお支払いする場合は、お支払いが確定した日の前日の交換比率を適用します。

代理店受領日	弊社受領日

P2 P3 もご記入ください

診断書については P6 をご覧ください

4 他の保険契約等 (OTHER INSURANCE CONTRACTS)

15の記入例をご参照のうえ、正確にご記入ください。
Please fill in accurately by referring to the example in Page 5.

他に契約されている海外旅行保険はありますか? Do you have other overseas travel insurance?

☐無 NO ☐有 YES

有の場合にご記入ください。 If YES, please fill in.

保険会社名 INSURANCE COMPANY	証券番号 INSURANCE POLICY NUMBER	保険金請求の有無 Have you filed a claim against the insurance company?
		☐無 NO ☐有 YES

海外旅行保険付帯のクレジットカードをお持ちですか? Do you have overseas travel insurance incidental to a credit card?

※海外旅行保険付帯のクレジットカードをお持ちの場合は、パスポートコピー(日本出入国のスタンプのページおよび写真のページ)もご提出ください。
If yes, please submit a copy of the passport (the page of the stamp of the emigration and immigration into Japan and page of the photograph).

☐持っていない NO
☐持っている YES

お持ちの場合にご記入ください。 When you have it, please fill in.

クレジットカード名称 NAME OF CREDIT CARD	クレジットカード番号 NUMBER OF CREDIT CARD	保険金請求の有無 Have you filed a claim against the insurance company?
☐DC ☐JCB ☐AMEX ☐三井住友VISA ☐JAL ☐ANA ☐UC ☐楽天 ☐オリコ ☐その他海外旅行保険付帯カード (OTHER OVERSEAS TRAVEL INSURANCE INCIDENTAL TO CREDIT CARD) (カード名:) (NAME OF THE CREDIT CARD)		☐無 NO ☐有 YES

本紙に書ききれない場合は別紙を添付してください。 Please attach another sheet if necessary.

5 事故状況またはおけが・ご病気の状況、および保険金請求額 (DESCRIPTION OF ACCIDENT, INJURY, SICKNESS AND THE AMOUNT OF CLAIM)

事故日時・受傷日・初診日 DATE & TIME OF ACCIDENT, INJURY OR FIRST VISIT

年 YEAR 月 MONTH 日 DAY
☐AM ☐PM : 頃(現地時間)

国名・場所 PLACE

事故状況/おけが・ご病気の状況 CIRCUMSTANCES

おけが・ご病気に至った経緯または損害の発生した経緯をご記入ください。
Please describe the accident, injury or sickness in detail.

警察届出 POLICE REPORT
(ご病気の請求の際は記入不要です)
(You do not have to fill in in case of sickness.)

届出警察署名 NAME OF POLICE OR GOVERNMENT AUTHORITY　　受理番号 REPORT NO.

事故証明書原本をご提出ください。 Please submit the original certificate of accident.

証人欄 WITNESS
(ご病気の請求の際は記入不要です)
(You do not have to fill in in case of sickness.)

上記の通り事故を確認します
I confirm the accident as above.

名前 NAME

印 SIGNATURE

住所 ADDRESS

TEL TELEPHONE

被保険者(保険の対象となる方)との関係 RELATIONS WITH THE PERSON INSURED

保険金請求額 AMOUNT OF CLAIM

支払通貨でご記入ください Please fill in in local currency.

費目 ITEM OF EXPENSE	金額 AMOUNT	費目 ITEM OF EXPENSE	金額 AMOUNT
☐治療費・入院費 MEDICAL EXPENSES HOSPITAL CHARGES		☐	
☐処方薬代 PRESCRIPTION CHARGE FOR MEDICINE		☐	
☐交通費 TRANSPORTATION EXPENSES		☐	
保険金請求合計額 TOTAL			

6 おけが・ご病気に関するご請求 (CLAIM ON INJURY OR SICKNESS)

保険金請求額が10万円を超える場合は、原則病院から発行された診断書または添付の診断書16をお取り付けください。
When the amount of claim exceeds 100,000 yen, please submit a medical certificate or have the physician fill in the certificate in Page 6.

病院名 HOSPITAL NAME

質問事項 QUESTIONNAIRE

①今回請求されるおけが・ご病気について、旅行開始前から治療を受けているものも含まれますか? ①Is your claim related to the medical treatment arising out of an injury or sickness before the inception of the travel?	☐いいえ NO ☐はい YES	
②今回のおけが・ご病気で入院されましたか? ②Were you hospitalized due to the injury or sickness this time?	☐いいえ NO ☐はい YES	
③現地で「キャッシュレス・メディカル・サービス」*をご利用されましたか? ③Did you use "cashless medical service"?	☐いいえ NO ☐はい YES	▶上記「病院名」欄をご記入ください。 Please fill in the name of the hospital.
④入院または通院のために要した交通費はありますか? ④Have you incurred transportation expenses for visiting the hospital or hospitalization? 本紙に書ききれない場合は別紙を添付してください。 [1]ご利用日 [2]ご利用区間 [3]乗車運賃(自家用車の場合は医療機関までの距離)をご記入のうえ、ご提出ください。 Please attach another sheet if necessary. Please submit the form filling in: [1]date [2]section [3]fare (in the case of a privately-owned car please fill in the distance to the medical institution)	☐いいえ NO ☐はい YES ▶	交通機関・区間をご記入ください。 Please fill in means of transportation and section. 金額 AMOUNT

*治療費用を全額保険金でお支払いできる場合に、病院で自己負担することなく治療を受けることができるサービスです。
It is the name of the service that you are entitled to medical treatment free of charge when the medical expenses are covered in full under the overseas travel insurance.

携行品損害のご請求は P3 7 にご記入ください

7 携行品損害のご請求

15の記入例をご参照のうえ、正確にご記入ください。

品名 STOLEN/DAMAGED ITEM	メーカー・型番・ブランドなど	数量 QUANTITY	購入店・購入先 RETAILER	購入価格 PRICE PURCHASED	購入年月日 DATE PURCHASED	領収書・取扱説明書・保証書等の有無	弊社使用欄
				円		☐有 ☐無	
				円		☐有 ☐無	
				円		☐有 ☐無	
				円		☐有 ☐無	
				円		☐有 ☐無	

スーツケース修理サービス*1をご希望されますか? 上記および 5 *2もご記入ください。
ご契約に免責金額(自己負担額)が設定されている場合には、本サービスはご提供いたしかねますので、ご了承ください。
☐はい ☐いいえ

*1 サービスのご利用方法等の詳細は海外旅行保険あんしんガイドブックをご参照ください。スーツケース修理サービスとは、ご旅行中に破損したスーツケースの修理に際し、修理費(保険金)を弊社が修理会社へ直接お支払いさせていただくことで、お客様に修理費をお立て替えいただかずに済むサービスです。
スーツケースは、弊社から「スーツケース修理サービスのご案内書」をお取り寄せいただいたうえで、弊社提携の修理会社へ直接お送りいただくこととなります。
●本サービスのご提供は日本国内に限ります。海外にご滞在中は、本サービスはご提供いたしかねます。
*2 5 に必ず破損した日時および破損に至った経緯をご記入ください。

本紙に書ききれない場合は別紙を添付してください。

【携行品損害のご請求にあたっての留意点】
●盗難や全損の場合、新規購入価格ではなく時価額で計算します。
●高額な携行品であっても、1個、1組または1対について10万円が限度となります。
●ご購入時の領収書・保証書等がない場合、保険金をお支払いできない場合があります。
●お支払いの対象となるのは、被保険者が旅行行程中に携行する以下の身の回り品に限ります。なお、現金、クレジットカード、プリペイドカード、電子マネー、サーフボード等、お支払い対象とならないものがありますので、予めご了承ください。
・被保険者が所有する物
・旅行行程開始前に被保険者がその旅行のために他人から無償で借りた物*
*この旅行の有無にかかわらず業務の目的で借りているものを除きます。
※上記の内容は概要を説明しているものであり、実際のお支払い可否の詳細等につきましては、『海外旅行保険普通保険約款および特約』をご参照ください。

保険金の請求手続きに関する詳細は、「海外旅行保険あんしんガイドブック」をご覧ください。

8 代位に関する確認事項 (CONFIRMATION ON SUBROGATION)

代位規定のある特約において、第三者による加害行為事故による損害に対して貴社により保険金が支払われた際は、貴社に求償権が移転すること、および下記1~4に同意します。

1. 後日加害者が検挙されたり盗難品が発見された場合など公的機関等その他から何らかの連絡があった場合や、あるいは本損害について私が第三者から名目の如何を問わず損害の全部または一部を回収した場合には、速やかに貴社に連絡し、対応について協議します。
2. 上記損害について加害者に対し有する一切の損害賠償請求権は、貴社より支払われた保険金を限度に貴社に移転することを確認します。
3. 貴社に移転した権利の保全および行使のため、貴社からの求めに応じ、書類の作成その他必要な行為を速やかに行います。
4. 貴社が加害者に対し、求償権を行使するために必要な範囲において、私の個人情報が記載された損害立証資料等を求償先に提供することに同意します。

以上

Under the endorsement with the subrogation clause, when an insurance claim is paid by you on the damage caused by an accident done by a third party, I hereby agree that the right of subrogation is transferred to you and to the following items(1 through 4):

1. In the case where I was contacted by a public institution, etc. or other agency to inform me that the offender who caused the accident was arrested, or the stolen articles were found later, or when I collected all or a part of the damage irrespective of the pretext from a third party concerning the said damage, I shall contact you immediately to discuss the future handling.
2. I hereby confirm that any and all rights to claim compensation for damage to the offender who caused the accident concerning the said damage shall be transferred to you within the limits of the insurance claim paid by you.
3. In order to preserve and exercise the rights transferred to you, I shall promptly create documentation, or take any other necessary actions in response to requests from you.
4. I hereby agree to provide proof of damage, etc. indicating my personal information to the subrogee, within the range necessary for you to exercise the right of subrogation to the offender who caused the accident.

キリトリ

こちらから左側を切り取ってご提出ください。

キリトリ

保険金請求に必要な書類(主なもの)

必要書類(原本) ＼ 保険金*1	携行品損害	治療費用 傷害	治療費用 疾病	救援者費用等	偶然事故対応費用	賠償責任 対人	賠償責任 対物	傷害後遺障害	死亡 傷害	死亡 疾病
保険金請求書	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
保険証券、保険契約証または被保険者証(コピーで可)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
事故証明書または目撃者の証明	○	○		○	○*2	○	○	○	○	
損傷箇所の写真	○						○			
被害に遭われた携行品購入時の領収書・保証書類	○									
修理見積書または領収書	○						○			
医師の診断書 *3		○	○	○		○		○*4	○	
3日以上の入院を証明する書類				○						
治療費等支出した費用の領収書・精算書		○	○	○	○	○	○			
その他の関係書類	詳しくは弊社よりご案内させていただきます。									

ご注意
*1 上記一覧表に記載のない保険金(旅行変更費用等)の請求に必要な書類およびご不明点については、弊社「保険金請求窓口」(注)にご相談ください。
(注)「海外旅行保険あんしんガイドブック」をご覧ください。
*2 公的機関、交通機関、宿泊機関、医療機関または旅行業者の事故証明書をご提出ください。
*3 保険金請求額が10万円を超える場合は、原則病院から発行された診断書または16の診断書をご提出ください。
ただし、保険金請求額が10万円以下の場合でも、診断書のご提出をお願いすることがありますので、予めご了承ください。
*4 後遺障害保険金ご請求用の弊社所定の後遺障害保険金診断書のご提出をお願いしております。詳しくは弊社「保険金請求窓口」にご相談ください。

記入例 1 ~ 3 下記記入例をご参照のうえ、正確にご記入ください。

1 保険金請求者、被保険者(旅行者・保険の対象となる方)・ご契約内容 4の記入例をご参照のうえ、正確にご記入ください。

記入日(請求日) 20XX年 X月 30日

保険金請求者 CLAIMANT
フリガナ トウキョウトチヨダクマルノウチ
住所 ADDRESS 〒100-8050 東京都千代田区丸の内 □-□-□
フリガナ アンシン タロウ
記名捺印または署名 SIGNATURE 安心 太郎 様 ① 印
※被保険者(保険の対象となる方)が未成年の場合、親権者が請求者になります。
※同意事項確認の欄も必ずお忘れ無用
電話番号 TELEPHONE 日中 090-1234-xxxx ご自宅 03-3285-xxxx
E-mail xxxxxxx@xxx.ne.jp

被保険者 INSURED
フリガナ
氏名 INSURED' NAME ☑保険金請求者に同じ 様
☑男 (MALE) □女 (FEMALE)
生年月日 DATE OF BIRTH 西暦19○○年△月□日生(40)歳 ②
勤務先 OCCUPATION 東海日動工業(株)

証券番号・保険契約証番号・被保険者証番号 POLICY NO. CERTIFICATE NO. INSURED NO. 9876543210 ③
保険期間 INSURANCE PERIOD 20XX年5月1日 ~ 20XX年5月9日
営業店コード OFFICE NO.
代理店コード AGENT NO.

2 委任状 保険金ご請求手続きを代理の方に委任される場合のみご記入ください。

委任者 フリガナ 住所 〒
私は上記記載の保険金請求者を代理人と定め、本件にかかわる保険金の請求受領に関する一切の権限を委任します。
記名捺印または署名(未成年者の場合は親権者) フリガナ 印

3 保険金振込先 4 金融機関(ゆうちょ銀行以外)とゆうちょ銀行、いずれかの口座内容をご記入ください。
Please fill the bank account information of a banking institution (except for Japan Post Bank) or Japan Post Bank below.

保険金受取口座
BANK ☑銀行 □信金 □信組 □農協 △△△
BRANCH ☑支店 □支所 丸の内
支店コード(3ケタ) BRANCH No. 001
ACCOUNT No. ☑普通・総合 SAVINGS □当座 CHECKING □貯蓄 SAVINGS □口座番号(7ケタ) 2345678
ACCOUNT NAME □口座名義(カタカナ) アンシン タロウ

ゆうちょ銀行 JAPAN POST BANK
※通帳の「郵便振替口座開設(送金機能)」欄にOが付されていることを予めご確認ください。
通帳記号(5ケタ) 1□□□0
通帳番号(8ケタ)(右詰めでご記入ください)

外貨を日本円に換算してお支払いする場合は、お支払いが確定した日の前日の交換比率を適用します。

① 記名捺印または署名が必要です。
② 被保険者(保険の対象となる方)の生年月日をご記入ください。
③ 保険証券、保険契約証または被保険者証のコピーを添付してください。
④ 保険金の振込先となりますので、誤りがないよう、正確にご記入ください。(ゆうちょ銀行への振込希望の方は、ゆうちょ銀行の欄に口座情報を記入してください。)