

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]

損害保険ジャパン株式会社 行【 TO:SOMPO JAPAN 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(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⑤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、保険金の請求・支払いに関する関係先(修理業者、医療機関、損害保険会社・共済、保険事故の当事者等)、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(https://www.sompo-japan.co.jp/)をご覧ください。
- ⑤契約の安定的な運用を図るために、被保険者の保険金請求情報等を契約者に対して提供することがあります。

Sompo Japan Insurance Inc. (hereinafter referred to as the "Company") uses personal information regarding this insurance claim in order to perform activities such as judgment on insurance underwriting or claim payouts, fulfillment of this insurance policy, provision of ancillary services, notification/provision of the Company's products/services such as nonlife insurance, and implementation of a questionnaire (hereafter referred to as "the Company's Activities"). In addition, the Company acquires, uses, provides or registers such personal information to the extent the Company needs for its operations in the manners listed (i) to (v) below.

- (i) The Company may provide such personal information to its business contractors (including agents), insurance brokers, and parties involved in the claim/payment of insurance benefits (such as repair shops, medical institutions, nonlife/mutual insurance companies, parties involved in the insured events, etc.), or receive such personal information from these parties for the Company's Activities. These parties include businesses outside of Japan.
- (ii) The Company may provide such personal information to or resister it with organizations such as The General Insurance Association of Japan, The Life Insurance Association of Japan, General Insurance Rating Organization of Japan, other nonlife insurance companies, etc., or receive such personal information from these organizations and companies 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, etc., to another reinsurance company, etc.), in order to conclude reinsurance contracts or receive reinsurance benefits, etc.
- (iv) The Company may provide such personal information to its group companies or partner companies in Japan or overseas, and they may use it for notification or provision of their products/services and judgment of such notification or provision.
- (v) The Company may provide information of the insured's insurance claim, etc., to the policyholder to ensure the stable management of the insurance contract.

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 applicable 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, partner companies, etc., visit the Company's official website (https://www.sompo-japan.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
 被保険者または治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. 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 or to the other non-life insurance companies, mutual aid associations, etc., with which the relevant insurance contracts, etc., are concluded. [If Sompo Japan or 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 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) 親権者・請求者が未成年の場合	(フリガナ)
	契約証・証券番号				
	保険期間 (INSURANCE PERIOD)	年 月 日 ～ 年 月 日			
	日中連絡の取れる電話番号(TEL)	()	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯 (Home) (Office) (Mobile)		
	メールアドレス				

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・労金・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					

損害保険ジャパン株式会社の個人情報保護宣言等については、下記の当社公式ウェブサイトをご確認ください。
 ウェブサイトアドレス https://www.sompo-japan.co.jp/

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)	AM : 年 月 日 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		印
	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	(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。							
ご自身の損害・治療の状況等	(2) 携行品損害の場合	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)	(有) (無)		
				年 月 ()	(有) (無)	(有) (無)	(有) (無)		
				年 月 ()	(有) (無)	(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? <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、日本国内に限りです。(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。							
(3) 旅行事故緊急費用	航空機遅延の場合	出発遅延	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)			
		<input type="checkbox"/>	月 日 便	月 日 便	月 日 便	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

