

# 〈海外旅行保険金請求の記入例〉

保険金請求手続きとお問合せ先につきましては、弊社「海外旅行保険ハンドブック」をご覧ください。  
 場合によりましては、追加の書類等をご提出頂くこともございます。

## 1. 携行品損害保険金の場合

〈表〉

SAMPLE

保険金請求者 CLAIMANT	フリガナ	トウカイハナコ		勤務先 OCCUPATION	東海商事(株)
	住所 ADDRESS	〒100-8050 東京都千代田区丸の内1-2-1		性別 SEX	男 M <input type="radio"/> 女 F <input checked="" type="radio"/>
	連絡先 TEL.	03 (2345) 6789 03 (1234) 5678		生年月日 DATE OF BIRTH	1975年 1月 1日 YEAR MONTH DAY
証券・契約証番号 POLICY OR CERTIFICATE NO.	C12345678			記名捺印あるいは署名 SIGNATURE	東海花子
営業店コード OFFICE NO.	9876	代理店コード AGENT NO.	5432	保険期間 INSURANCE PERIOD	2001年 5月 1日 2001年 5月 8日 YEAR MONTH DAY YEAR MONTH DAY
委任状				住所:	
私は上記保険金請求者を代理人と定め、本件事故に係る海外旅行保険金の請求受領に関する一切の権限を委任します。				記名捺印あるいは署名(未成年者の場合は親権者):	
同一危険を担保する他の保険契約がありますか (紙面不足の場合は別紙に同じ要領でご記入の上、添付下さい) 海外旅行保険が付帯されたクレジットカードがあれば、「会社名」の欄にそのカード名、「証券番号」の欄にカード番号をご記入下さい。 DO YOU HAVE ANY CONCURRENT INSURANCE POLICIES COVERING THE SAME RISK?					
有 YES <input type="checkbox"/> 無 NO <input checked="" type="checkbox"/>		会社名 COMPANY		証券番号 POLICY NO.	
有の場合、右記にご記入下さい。 IF YES, PLEASE WRITE.		会社名 COMPANY		証券番号 POLICY NO.	
保険金請求額 AMOUNT OF CLAIM	事故状況を裏面にご記入下さい			スーツケース修理サービスをご希望されますか?	
¥ 35,000				希望する ・ 希望しない	
保険金銀行振込指図	保険金は下記銀行口座にお支払い下さい。振込をもって支払がなされたものと認めます。 PLEASE REMIT THE INSURANCE BENEFITS TO THE BANK ACCOUNT BELOW. I ADMIT THAT REMITTANCE SHALL CONSTITUTE PAYMENT THEREOF.			スーツケース修理サービスとは、事故により破損したお客様のスーツケースの修理に際し、修理費を弊社が修理業者へ直接お支払いさせていただくことで、お客様にお立て替えいただくに済ませるサービスです。 (ご注意) ●スーツケース修理サービスのご提供は日本国内に限ります。 ●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、スーツケース修理サービスはご提供いたしかねます。 ●修理が不可能な場合には、弊社からご連絡させていただきます。	
フリガナ	カイ	ジョウ	トウ	支店	
	海上	銀行	東京	支店	
<input checked="" type="checkbox"/> 普通 SAVINGS	店番	001	口座番号	3456789	
<input type="checkbox"/> 当座 CHECKING	BRANCH NO.		ACCOUNT NO.		
口座名義人 ACCOUNT NAME	トウカイ ハナコ				
(カタカナ)					
(ご注意) ●通貨を換算してお支払いする場合には、お支払額が確定した日の前日のT.T.S.レートにて換算させていただきます。 ●海外でのお支払いを希望される場合には、小切手や、海外の銀行口座へのお振込みによるお支払いとなります。					
海外の病院等へ、弊社から直接お支払いさせていただくことをご希望の治療費等がありますか? 有 ・ 無 「有」の場合には、海外から郵送されてきた請求書本紙を、「未払い」と朱書きされた上でご添付下さい。					

押印をお忘れなく。

保険証券または契約証(コピーで可)を添付して下さい。

被保険者以外の方に保険金請求を委任される場合は、被保険者の記名捺印あるいは署名が必要です。

他に同種の保険契約がある場合は必ずご記入下さい。

記載事項に誤りがないようご記入下さい。

〈裏〉

病気・事故の状況 DETAILS OF LOSS	事故日時 DATE AND TIME OF ACCIDENT/ILLNESS.	2001年 5月 3日 11:00 鐘		場所 PLACE (国・地域名からご記入下さい。)	フランス 1101
	初診日 DATE OF FIRST TREATMENT	年 月 日		●現地で「キャッシュレス・メディカル・サービス」を受けられましたか?	はい ・ いいえ
	状況原因等 CIRCUMSTANCES	△△ツアーに参加し、XYZ宮殿を見学中、見知らぬ男性に背後からカマを奪われた。			
携行品の明細 BAGGAGE CLAIM	上記の通り事故を確認します				
	住所	電話番号		記名捺印	届出官公署名 1101オー警察署 届出人氏名 東海花子 届出年月日 2001.5.3 受理番号 PA 45678
	携行品の明細 BAGGAGE CLAIM (紙面不足の場合は別紙に同じ要領でご記入の上、添付下さい。)	(ご注意) ●盗難や全損の場合、時価額ベースで計算するための減価償却(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10万円が限度額となります。 ●ご契約内容によっては、盗難、強盗、航空会社等への寄託手荷物の不着による携行品の損害に対しては保険期間を通じて30万円がお支払いの限度となります。 ●購入時の領収書、保証書等がない場合、保険金をお支払いいたしかねる場合があります。 ●お支払い対象となるのはお客様所有の身の回り品に限られるため、会社のパソコン、商品等は対象外となります。また、現金、クレジットカード、サーフボード等、お支払対象にならない物がありますので予めご了承ください。 ●同一危険を担保する他の保険契約がある場合は、分担して保険金をお支払いすることとなり、二重にお支払いすることはできませんので予めご了承ください。			
品名 STOLEN/DAMAGED ITEM	数量 QUANTITY	購入店 STORE PURCHASED	購入価格 PRICE PURCHASED	購入年月日 DATE PURCHASED	領収書・保証書の有無
001X7 AFX-8	1	113177X7	¥35,000	01.3.10	● 無
					有 ・ 無
					有 ・ 無
					有 ・ 無

同行者の有無等事故状況はできるだけ具体的にご記入下さい。

公的機関の証明書(警察等)または目撃者の証明が必要になります。

購入時の領収書・保証書等を添付して下さい。破損の場合は、写真・見積書を添付して下さい。

## 2. 傷害・疾病治療費用の場合

SAMPLE

〈表〉

保険金請求者 CLAIMANT	フリガナ 〒100-8050 東京都 千代田区丸の内1-2-1	勤務先 OCCUPATION 東海商事(株)
	住所 ADDRESS	性別 SEX 男 M 女 F
	連絡先 TEL. 03(1234)5678	生年月日 DATE OF BIRTH 1965年1月1日 YEAR MONTH DAY
証券・契約証番号 POLICY OR CERTIFICATE NO. 9876543210	営業店コード OFFICE NO. 1234	代理店コード AGENT NO. 5678
委任状		住所:
私は上記保険金請求者を代理人と定め、本件事故に係る海外旅行保険金の請求受領に関する一切の権限を委任します。		
同一危険を担保する他の保険契約がありますか(紙面不足の場合は別紙に同じ要領でご記入の上、添付下さい) 海外旅行保険が付帯されたクレジットカードがあれば、「会社名」の欄にそのカード名、「証券番号」の欄にカード番号をご記入下さい。 DO YOU HAVE ANY CONCURRENT INSURANCE POLICIES COVERING THE SAME RISK? 有 YES (無) NO 有の場合、右記にご記入下さい。 IF YES, PLEASE WRITE.		
保険金請求額 AMOUNT OF CLAIM New York Hospital 治療費 US\$100, 薬代 US\$50, 合計 US\$150	事故状況を裏面にご記入下さい	スーツケース修理サービスをご希望されますか? 希望する・希望しない スーツケース修理サービスとは、事故により破損したお客様のスーツケースの修理に際し、修理費を弊社が修理業者へ直接お支払いさせていただきますこと、お客様にお立て替えいただくことに済ませるサービスです。 (ご注意) ●スーツケース修理サービスのご提供は日本国内に限ります。 ●ご契約に免責金額(自己負担額)が設定されている場合は、スーツケース修理サービスはご提供いたしかねます。 ●修理が不可能な場合は、弊社からご連絡させていただきます。
保険金銀行振込指図 保険金は下記銀行口座にお支払い下さい。振込をもって支払がなされたものと認めます。 PLEASE REMIT THE INSURANCE BENEFITS TO THE BANK ACCOUNT BELOW. I ADMIT THAT REMITTANCE SHALL CONSTITUTE PAYMENT THEREOF. フリガナ カイ ジョウ 海上 信用金庫 東京 支店 普通 SAVINGS 店番 001 口座番号 2345678 当座 CHECKING BRANCH NO. ACCOUNT NO.	海外の病院等へ、弊社から直接お支払いさせていただきますことをご希望の治療費等がありますか? 有 (無)	お立替え頂いた治療費用をご請求頂く場合は、領収書を添付して下さい。治療費をお支払いにならず帰国されて、現地の病院から請求書が送付されてきた場合は、請求書を添付して下さい。
口座名義人 ACCOUNT NAME (カタカナ) カイ ジョウ	(ご注意) ●通貨を換算してお支払いする場合には、お支払額が確定した日の前日のT.T.S.レートにて換算させていただきます。 ●海外でのお支払いを希望される場合には、小切手や、海外の銀行口座へのお振込みによるお支払いとなります。	記載事項に誤りがないようご記入下さい。

押印をお忘れなく。

保険証券または契約証(コピーで可)を添付して下さい。

被保険者以外の方に保険金請求を委任される場合は、被保険者の記名捺印あるいは署名が必要です。

他に同種の保険契約がある場合は必ずご記入下さい。

お立替え頂いた治療費用をご請求頂く場合は、領収書を添付して下さい。治療費をお支払いにならず帰国されて、現地の病院から請求書が送付されてきた場合は、請求書を添付して下さい。

記載事項に誤りがないようご記入下さい。

〈裏〉

病気・事故の状況 DETAILS OF LOSS	事故日時 DATE AND TIME OF ACCIDENT/ILLNESS. 2001年4月8日 2:00 AM	場所 PLACE (国・地域名からご記入下さい) アメリカ合衆国 =2-3-7
	初診日 DATE OF FIRST TREATMENT 2001年4月8日	●現地で「キャッシュレス・メディカル・サービス」を受けられましたか? はい (いいえ)
	状況原因等 CIRCUMSTANCES 友人と五番街で買い物中、50丁目交差点付近で転倒し石足首を捻挫したため、New York Hospitalで治療を受けた。	
証人欄	上記の通り事故を確認します	届出官公署名
	住所 東京都中央区中央1-1-1 電話番号 03(3285)1964 記名捺印 海上 次郎 (海) 友人	届出人氏名 届出年月日 受理番号
携行品の明細 BAGGAGE CLAIM	携行品の明細 BAGGAGE CLAIM (紙面不足の場合は別紙に同じ要領でご記入の上、添付下さい。) (ご注意) ●盗難や金損の場合、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)の適用がございませぬ。 ●高価な携行品であっても、1個、1組または1対について10万円が限度額となります。 ●ご契約内容によっては、盗難、強盗、航空会社等への寄託手荷物物の不着による携行品の損害に対しては保険期間を通じて30万円がお支払いの限度となります。	
	品名 STOLEN/DAMAGED ITEM	数量 QUANTITY
	購入店 STORE PURCHASED	購入価格 PRICE PURCHASED
	購入年月日 DATE PURCHASED	領収書・保証書の有無
	社用欄	

同行者の有無等事故状況はできるだけ具体的にご記入下さい。

傷害事故の場合は、公的機関の証明書(警察等)または目撃者の証明が必要になります。

診断書欄は現地の病院で記入してもらって下さい。病院所定の診断書用紙でも結構です。なお、文書料は保険金お支払対象となります。

### ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT (診断書)

PATIENT'S NAME (Last Name, First Name) 患者氏名 (姓 名)	PATIENT'S BIRTHDAY (患者生年月日) Month(月) Day(日) Year(年)	SEX(性別) <input type="checkbox"/> M(男) <input type="checkbox"/> 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. (既往症有りの場合、最初の発病日をご記入下さい) Month(月) Day(日) Year(年)	