

# 海外旅行保険金請求書

簡易フォーム

東京海上火災保険(香港)有限公司

THE TOKIO MARINE AND FIRE  
INSURANCE CO. (HK) LTD.

27th Floor, United Centre,  
95 Queensway, Hong Kong  
Tel. (852) 2529-4401  
Fax. (852) 2529-2509  
http://www.tokiomarine.com.hk



TOKIO MARINE

MILLEA GROUP

## <香港発行証券用>

To: The Tokio Marine and Fire Insurance Co. (HK) Ltd

東京海上火災保険(香港)有限公司 御中

- ① 保険金請求者  
= 小切手の宛名 \_\_\_\_\_  
(Claimant)
- ② 小切手の送り先 \_\_\_\_\_  
(Address)
- ③ 屋間の連絡先 \_\_\_\_\_  
(電話番号): \_\_\_\_\_  
(Telephone No.)
- ④ 証券番号 \_\_\_\_\_  
(Policy No.)
- ⑤ 保険契約者 \_\_\_\_\_  
(Contractor)

### 重要です。必ずお読みください。

1. 本請求書は、1傷害あたりの治療費がHK\$3,000未満の場合に限り利用できます。ただし、傷害の種類によっては医師の診断書が必要です。
2. オリジナルの領収書を必ず添付願います。尚、領収書には必ず医師による傷害名の記載をお願いいたします。
3. ご請求の内容によってはご本人又は医師への問い合わせが必要となる他、本請求書記載欄に記入漏れがありますと、手続きに時間がかかることもありますのでお含みお願います。

### AUTHORIZATION

I hereby authorize The Tokio Marine and Fire Insurance Co. (HK) Ltd. or its authorized representative (hereinafter called "the company") to handle any and all information for claims settlement. I hereby authorize hospital, physician or other person who has attended or examined me to furnish to the company any and all information with respect to my injury, sickness or treatment as well as copies of all hospital or medical records. Also I authorize the company to disclose my personnel/medical information in connection with my insurance claim to the party concerned. In case there is/are concurrent insurance policy/policies covering the same risk, I hereby appoint the company my true and lawful representative to claim and receive insurance money regarding the loss herein mentioned. I hereby authorize the company to make inquiry and/or disclose my personnel/medical information to any other insurer etc. on any matters in connection with the insurance policy/policies and/or the insurance claim relating to myself.

私は東京海上(香港)又はその指定する者(以下貴社)が保険金支払いに必要な範囲で、私の医療情報を取得・利用することに同意します。医療機関が私の医療情報を貴社に提供する事、および貴社が私の保険請求に関する事項を医療機関に開示する事を承認します。重複保険がある場合、私は貴社を代理人と定め本事故につき他の保険契約にかかる保険金の請求受領に関する一切の権限を委任します。私の保険契約および保険金請求に関する事項を、他の保険会社等に照会し、また情報を開示することに同意します。

### DECLARATION

I hereby make a claim for insurance benefits, by confirming the accuracy of the contents hereof and also by agreeing to the matters mentioned above. A photocopy of this form shall be considered as effective and valid as the original.

本書の内容が事実と相違ないことを確認し、また、上記同意し、保険金を請求いたします。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。

1. 被保険者の氏名: \_\_\_\_\_ (注) ①  
(Name of Insured)
2. 被保険者の署名 \_\_\_\_\_ (注) ②  
(Signature of Insured)

(注) ① 医師の治療を受けたご本人の氏名をアルファベット・ブロックレターでご記入願います。

② 医師の治療を受けたご本人の署名をお願い致します。

未成年者の場合は、①、②とも両親のいずれかの代筆も可能です。

## ご注意ください。主な免責 次のような事由による傷害もしくは疾病につきましては担保されません。

- ① 妊娠、出産、早産、流産に起因する医療処置および疾病
  - ② 歯科疾病
  - ③ 保険期間前に発生した疾病
  - ④ 事故日(傷害時)もしくは治療を開始した日(疾病時)から180日経過後の治療費用
  - ⑤ 登録された医師(国によって異なります)以外の医師による治療費用
- (注) 香港における漢方医、接骨医、針灸医、カイロプラクティック医、物理治療につきましては香港での登録の有無にかかわらず、西洋医による Reference Letter のある場合のみがお支払いの対象となります。
- ⑥ 健康診断(二次検査も含みます)や各種検査のみの費用
  - ⑦ 予防接種に係る費用
  - ⑧ 自殺、闘争、犯罪行為、心神喪失により起因したものと

以下、病気の場合は不要です。**ケガの場合のみご記入願います。**

- ① ケガの日時・場所 : \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 時ごろ <場所>  
(Date & Time・Place) Year / Month / Day O'clock / Place \_\_\_\_\_
- ② ケガをされた状況/原因: [例] 通勤途中、地下鉄セントラルの駅の階段で転倒、足をひねった。等。  
(Circumstances)

<保険金のお支払い案内> 弊社は、ご契約者、保険金お支払先にお支払い内容をご通知させていただきます。

<Notification of Payment> The Tokio Marine and Fire Insurance Co. (HK) Ltd. may notify party insuring or beneficiary of the details of claims settlement.

<個人情報利用目的> 弊社は、お客様の個人情報を、保険引受の判断、保険事故への対応、保険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。

<Purpose to handle your personal information> The Tokio Marine and Fire Insurance Co. (HK) Ltd. use your personal information for underwriting, claim handling, and other insurance services that we provide.