

国内旅行総合保険金請求書 兼 個人情報の取扱いに関する同意書 (国内航空傷害保険金請求書)

エイチ・エス損害保険株式会社 御中

請求書記入日 年 月 日

下記事故に係る報告内容および裏面の記載内容に相違ないことを確認するとともに、貴社から指定の関係書類を添付の上保険金を請求します。
保険金は指定の口座に振り込んでください。指定口座への振込をもって保険金を受領したものと認めます。
また、本保険請求に関する私の個人情報の取扱いについて下記の「個人情報の取扱いに関する同意」の通り同意します。
以上を承認のうえ記名・押印して保険金を請求します。

【個人情報の取扱いに関する同意】

- 貴社が、本保険金請求に関する私の個人情報(以下「個人情報」といいます。)、を、保険契約の履行(保険金支払の可否、支払保険金の算定など)・引受判断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な範囲において、個人情報を下記の通り取得・利用・提供することに同意します。
- 貴社が、保険事故の原因、内容、損害、責任の程度の確認のために、保険事故の関係者、業務委託先(保険代理店を含みます。)その他必要な関係先に対して個人の情報の提供を行い、またはこれらの者から提供を受けること。
※「保険事故の関係者」とは、保険事故の当事者、損害保険の当事者、医療機関、修理業者などをいいます。
 - 貴社が適正な保険金支払、保険金不正請求の防止等、保険制度の健全な運営のために、(社)日本損害保険協会、損害保険料率算出機構、他の保険会社・共済などに個人情報の提供もしくは個人データの登録を行い、またこれらの者から提供を受ける場合があること。
 - 貴社が、再保険金等の受領のために、再保険引受会社に個人情報の提供を行う場合があること。

証券番号(加入証番号) ご契約者名

ご請求される方 (保険金をご請求されるご本人様のご住所・お名前・電話番号等を記入して、押印をお願いします。)

ご住所	<input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 都道府県の記入は不要です	被保険者との関係
お名前	フリガナ <input type="text"/> TEL 自宅・携帯・勤務先 <input type="text"/> (<input type="text"/>)	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親権者 <input type="checkbox"/> 相続人または死亡受取人 <input type="checkbox"/> 受任者 <input type="checkbox"/> その他 (<input type="text"/>)

本保険(普通保険約款における各条項)・特約には、基本の保険金額とは別に、付随してお支払する保険金がございます。詳細は各保険・特約によって異なりますので、各保険の「主な費用保険金および特約保険金」等をご確認ください。

被保険者	フリガナ <input type="text"/> お名前 <input type="text"/> おケガをされた方、または保険の対象者	生年月日: <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 性別: 男・女 職業: <input type="text"/>	保険契約者との関係: 本人・配偶者・子供・その他(<input type="text"/>)
------	---	---	--

上記以外で今回の事故でご請求可能な他のご契約がある場合は、ご記入ください。
交通事故の場合は、自動車保険の搭乗者傷害保険・人身傷害保険等もお支払の対象となる可能性があります。

当社あるいは他社でご契約の他の保険契約の有無(カード付帯を含みます)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	カード会社(保険会社)	保険の種類	カード番号(証券番号)
------------------------------------	---	-------------	-------	-------------

事故日時	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 午前・午後 時 <input type="text"/> 分
事故場所	都・道・府・県 <input type="text"/> 市・区・郡 <input type="text"/> 町・村 <input type="text"/>
事故状況	<input type="text"/>
内容	運転免許証番号(<input type="text"/>) 種類(<input type="text"/>) 届出官公署名 <input type="text"/> (被保険者が車やバイクを運転中の場合のみご記入ください) 年 月 交付、 年 月 日まで有効 警察署・消防署 <input type="text"/>

ご指定口座	銀行 <input type="checkbox"/> 信託銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 信用組合 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 総合 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄 <input type="checkbox"/> 店番号 <input type="text"/> 口座番号 <input type="text"/>
	口座名義 (カタカナで記入してください) <input type="text"/>

※ 保険金のご請求は原則として被保険者ご本人様となります。ただし、被保険者が未成年の場合は親権者となります。原則として、保険金請求者の方が記名・押印ください。
※ ご記入いただいた内容が事実と相違している場合には、保険金のお支払いができないことがありますので、十分にご注意ください。記載事項を訂正された場合は、必ず訂正印をお願いします。

修理サービス	旅行かばん修理サービスおよびカメラ・ビデオカメラ等修理サービス提供に関する確認書兼同意書 1. 私は、今回携行品損害保険金を請求するにあたり、国内旅行傷害保険および携行品損害補償特約、ならびに旅行かばん修理サービスおよびカメラ・ビデオカメラ等修理サービス(以下本サービスという)の内容を了承し、本サービスが日本国内に限り提供されるものであることに同意したうえで、本サービスの提供を希望します。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。 2. 本サービスの利用により、旅行かばん・カメラ・ビデオカメラ等を修理した場合には、保険金は直接修理会社へお支払ください。ただし、修理しなかった場合は、本請求書表面の指定口座へ免責金額を差し引いてお支払ください。修理会社への免責金額(3,000円)は私から直接修理会社へ支払います。 3. 本サービスの提供を受けるにあたり、私の個人情報を携行品損害保険金の支払に必要な範囲で修理会社に開示することに同意します。 記入日 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 被保険者記名 <input type="text"/>
--------	---

当社は保険制度の健全な運営を確保するため、また不正な保険請求を防止するために、損害保険会社等との間で個人データを共同利用します。詳細につきましては、「一般社団法人 日本損害保険協会」のホームページをご覧ください。

<お問い合わせ先>
一般社団法人日本損害保険協会 そんぽADRセンター(損害保険相談・紛争解決サポートセンター) 〒101-8335 東京都千代田区神田淡路町2-9
URL <http://www.sonpo.or.jp> 電話番号 0570-022808(通話料有料) 受付日: 月~金曜日(祝日・休日および12/30~1/4を除く) 受付時間: 午前9時15分~午後5時

エイチ・エス損害保険株式会社 御中

1 診療状況申告書

※ 保険金ご請求額が10万円以下の場合は、この診療状況申告書にご記入の上、診察券などを添付いただければ、診断書をご提出いただく必要はございません。

下記の通り相違ありません。なお、診療に関する記録を、貴社が病院等に照会することに同意いたします。貴社が病院等に照会しても回答してもらえない場合は、あらためて診断書を提出いたします。

申告者名	受傷者が未成年の場合は、親権者					作成日	平成 年 月 日																			
	(印)					利用保険	健保・国保・労災・自賠・自費																			
受傷者 (被保険者)	大正昭和平成 年 月 日生 男・女					受傷日時	平成 年 月 日 午前午後 時頃																			
受傷部位	頭部	顔面	頸部 (くび)	腕	手	脚	足	その他()																		
受傷形態	打撲	捻挫	切り傷	すり傷	骨折	脱臼	その他()																			
治療内容	骨折の場合：固定器具使用期間(年 月 日 ~ 年 月 日) 使用固定具(ギプス・シーネ・その他)																									
入院治療	自平成 年 月 日 至平成 年 月 日 日間					実際に通院して治療を受けた日に○印をつけてください。																				
通院治療	自平成 年 月 日 延 日間					()月	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	計 日									
	至平成 年 月 日 (うち実際に通院して治療した日数 日)					()月	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		31								
平成 年 月 日 治癒・治療継続中・転医・中止						()月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	計 日									
						()月	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20		21	22	23	24	25	26	27	28	29
<p style="color: red;">診察券または薬袋(コピーでも可)を必ずここに貼り付けてください。 診察券が無い場合は、ここに病院名、所在地、診察券番号を記入してください。</p>					()月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	計 日										
					()月	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20		21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
					()月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	計 日										
					()月	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20		21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
病院名：						担当	先生																			
所在地：						医師名	(外科・整形外科・内科・)																			
診察券番号：																										
病院の電話：	()																									

2 携行品損害明細書

※お支払は時価額もしくは修理代金のどちらか低い金額となります。
※自己負担金(免責金額)¥3,000が発生いたします。

※被害物の「写真」を添付ください。(※盗難の場合は領収書・保証書等を添付ください。)

※衣類関係の汚損損害は、洗濯が原則です。クリーニング領収書を添付ください。

※修理可能な損害は、修理業者からの修理見積書または領収書を添付ください。

※いずれも修理不能・洗濯不可の場合は、修理不能証明書・洗濯不可能証明書を添付のうえ、下記に購入店・購入年月日・購入金額等をご記入ください。

※購入年月日はお判りになる範囲でご記入ください。

	品名(メーカー・型番等)	被害内容	購入店	購入年月日	購入金額	備考
(例)	SONY デジカメ SN100P	落下破損	〇〇電器池袋店	2010年5月8日	¥32,000	修理不能
1						
2						
3						
4						
5						

3 賠償事故(加害事故)

被害者氏名 連絡先				TEL：自宅・携帯・勤務先 ()
	住所：			
対人	傷病名			病院名
	全治見込			連絡先 ()
対物	修理業者			被害物
	連絡先	()	住所	

※ その他の事故については担当者から必要書類の案内をさせていただきます。