

国内旅行総合保険金請求書 兼 同意書

エイチ・エス損害保険株式会社

御中

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うえ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」のとおり同意します。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、個人情報を下記のとおり取得・利用・提供することに同意します。 1. 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、損害保険会社・共済、医療機関、修理業者などをいいます。 2. 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。 3. 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		ご契約者名		記入日	年	月	日
------	--	-------	--	-----	---	---	---

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	〒□□□-□□□□ 都道府県の記入は不要です	被保険者との関係 <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 ()
	お名前	
TEL	自宅・携帯・勤務先 () — () — ()	

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	生年月日: 年 月 日	性別: 男・女	職業:
	お名前	保険金請求者に同じ	保険契約者との関係: 本人・配偶者・子供・その他 ()	
	おケガをされた方、または保険の対象者			

他のカード保険契約等	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)	有・無	カード会社(保険会社)	カード番号(証券番号)
			保険の種類	

事故内容	事故日時	年 月 日	午前・午後	時 分
	事故場所	都・道・府・県	市・区・郡	町・村
	事故状況			
	運転免許証	免許証番号() 種類() 年 月交付、年 月 日まで有効 (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)	届出警察署	届出日
		受理番号		

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

※ 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。

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のご記入と診察券（写し）をご添付いただければ、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	年 月 日									
受傷者 (被保険者)	生年月日				性別			利用保険	健保・国保・労災・自賠・自費									
	年 月 日				男・女				受傷日時	年 月 日 午前・午後 時 分								
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	年	月	日	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	至	年	月	日	延	()月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	計	
	自	年	月	日			11	12	13	14	15	16	17	18	19	20		
年 月 日 治癒・治療継続中・転医・中止					日間	()月	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
診察券のコピーをここに貼り付けてください。診察券が無い場合は、以下に病院名、所在地、診察券番号等詳細を記入してください。							()月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
病院名：					日間	()月	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	日	
所在地：							()月	21	22	23	24	25	26	27	28	29		30
診察券番号：					日間	()月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	計	
病院の電話： () - () - ()							()月	11	12	13	14	15	16	17	18	19		20
担当医師名 (外科・整形外科・内科・) 先生					日間	()月	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日

2 賠償事故(加害事故)

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

3 携行品損害明細書

※自己負担額(免責金額)¥3,000が発生します。

番号	品目	メーカー・ブランド・型番・商品名	所有者	数量	購入金額(単価)	購入先	購入年月日	領収証・保証書・説明書をお持ちの場合は同封してください。
①							年 月 日	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
②							年 月 日	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
③							年 月 日	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
④							年 月 日	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

カバン(スーツケースなど)・デジタルカメラなどの破損の場合、下記2点ご同意の上、修理サービスを希望されますか

- ①当社または修理業者(株式会社山澤工房、日研テクノ株式会社など)からご連絡させていただくこと
 ②修理がなされた場合、修理代金を保険金として弊社から直接、修理業者(株式会社山澤工房、日研テクノ株式会社など)に支払うこと

希望する
希望しない

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 <https://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