

海外旅行保険 保険金請求書 兼 事故状況報告書

エイチ・エス損害保険株式会社 御中 To H.S. Insurance Co., Ltd.

本書の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。



1 同意書・確認書 CONSENT

必ずご記入ください。

本書の内容が事実と相違ないことを確認し、また、下記の項目に同意し、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。
CLAIMANT HEREBY MAKE A CLAIM FOR INSURANCE BENEFITS, BY CONFIRMING THE ACCURACY OF THE CONTENTS HER OF AND ALSO BY AGREEING TO THE MATTERS MENTIONED BELOW. IT IS FURTHER UNDERSTOOD THAT A PHOTOCOPY OF THIS FORM SHALL BE CONSIDERED AS EFFECTIVE AND VALID AS THE ORIGINAL.

1. 医療調査が必要な場合

私を診療または治療したすべての病院、医師および関係者が、エイチ・エス損害保険（株）またはその指定する者に、私に関するすべての疾病、傷害の記録を提供することおよびエイチ・エス損害保険（株）が私の保険金請求に関する事項を上記医療機関に開示することに同意します。

In case medical investigation is required: (上記1. の英訳)

I hereby authorize any hospital, physician, or other person who has attended or examined me, to furnish to H.S. Insurance Co., Ltd., hereinafter called 'the company', or its authorized representative, any and all information with respect to any sickness or injury, medical history, consultation, prescriptions or treatment as well as copies of all hospital or medical records. Also I authorize the company to disclose my personal information, in connection with the insurance claim relating to myself, to the above-mentioned parties.

2. 携行品事故の場合

携行品の購入先、またはそれ以外の取得先および他の保険会社、警察署、消防署のほか事故の事実確認・調査を行ったすべての関係機関が、私の携行品に関わるすべての記録を、エイチ・エス損害保険（株）に提供することおよびエイチ・エス損害保険（株）が私の保険金請求に関する事項を上記関係機関に開示することに同意します。

3. 同一の危険を補償する他の保険契約等がある場合

同一の危険を補償する他の保険契約等がある場合で、エイチ・エス損害保険（株）から保険金を受領したときは、私は、他の保険契約等において支払われるべき金額について、エイチ・エス損害保険（株）が求償を行うことに同意します。また、他の保険契約等の通知が行われず、二重支払となった場合は、損害額を超える部分について速やかに返還します。

4. 他の保険会社への照会等

私に関する一切の保険契約および保険金請求に関する事項について、エイチ・エス損害保険（株）が（社）日本損害保険協会・（社）外国損害保険協会・損害保険料率算出機構・他の損害保険会社・共済等に照会をし、また、これらのものに対し情報を開示することに同意します。

5. 再保険出再契約の場合

再保険会社における当該保険契約の保険金・給付金等支払に関する利用のために、エイチ・エス損害保険（株）が当該業務遂行に必要な個人情報を再保険会社に提供することに同意します。

〈弊社の個人情報取り扱いについて〉

弊社および弊社の関連会社・提携会社は、お客様の個人情報を、保険引受の判断、保険事故への対応、保険金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。詳しくは弊社ホームページ「個人情報保護に関する基本方針」をご参照ください。

上記事項に同意し、下記に署名捺印の上保険金を請求します。/ I HAVE READ AND AGREE TO THE MENTIONED TERM, AND HEREBY FILE AN INSURANCE CLAIM WITH H.S. Insurance Co., Ltd

契約証番号		請求日		年	月	日
請求者	住所	〒 - TEL () - FAX () -				
	氏名	記名捺印または署名	E-mail(ご連絡をご希望の場合はご記入ください。)	@		
		被保険者(保険の対象者)が未成年の場合には、親権者が請求者となりますので、親権者の方がご署名ください。	日中の連絡先電話番号	勤務先 自宅 携帯 その他 () -		
被保険者(保険の対象者)	住所	TEL FAX				
	氏名	生年月日	年	月	日	
		性別	男 M	女 F		
現地の住所						
保険金請求種類 <input type="checkbox"/> 治療・救援費用 (Med.&Res. Exp.) <input type="checkbox"/> 傷害治療費用 (Acc. Medical Exp.) <input type="checkbox"/> 疾病治療費用 (Sick. Medical Exp.) <input type="checkbox"/> 救援者費用 (Res. Exp.) <input type="checkbox"/> 傷害後遺障害 (Acc. Disability) <input type="checkbox"/> 傷害死亡 (Acc. Death) <input type="checkbox"/> 疾病死亡 (Sick. Death) <input type="checkbox"/> 賠償責任 (Liability) <input type="checkbox"/> 携行品 (Baggage) <input type="checkbox"/> 航空機寄託手荷物遅延 (Baggage Delay Exp.) <input type="checkbox"/> 航空機遅延 (Flight Delay Exp.) <input type="checkbox"/> その他 (Others)						
保険金支払指図欄	・下記日本の銀行口座にお支払ください。振込みをもって支払いがなされたものと認めます。I hereby wish to receive insurance benefit by remittance to the bank account below. ・店番号、フリガナも必ずご記入ください。 キャッシュレス医療サービスや旅行かばん修理サービスをご利用のときは、保険金は当社提携機関に支払われます。					
	(日本国内の銀行のみ) フリガナ		Deposit	店番号 Branch No.	口座番号 Account No.	
	銀行/信用金庫 農協/信用組合 Bank	支店/支所 出張所 Branch	<input type="checkbox"/> 普通 (総合) Savings <input type="checkbox"/> 当座 Checking			
		座名 義 (カタカナ) Depositor's name				

2 他の保険契約等 OTHER INSURANCE

必ずご記入ください。

クレジットカードには海外旅行保険が自動付帯されている場合がございます。お持ちのカードについてチェック☑をお付けください。

- | | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> NICOSカード | <input type="checkbox"/> オリコカード (国際) |
| <input type="checkbox"/> DCゴールドカード | <input type="checkbox"/> JALカード |
| <input type="checkbox"/> UCゴールドカード | <input type="checkbox"/> ANAカード |
| <input type="checkbox"/> VISAゴールドカード | <input type="checkbox"/> セゾンカード |
| <input type="checkbox"/> VISAエグゼクティブ | <input type="checkbox"/> ジャックス国際カード |
| <input type="checkbox"/> VISAアミティエ | <input type="checkbox"/> ライフ国際カード |
| <input type="checkbox"/> JCBゴールドカード | <input type="checkbox"/> アメックスカード |
| <input type="checkbox"/> JCBネクサス・グランデカード | <input type="checkbox"/> その他 () |
| <input type="checkbox"/> スカイウォーカーゴールドカード | <input type="checkbox"/> 所有なし |
| <input type="checkbox"/> ダイナースカード | |

ご協力ください

この欄にカードの番号をご記入ください。

カード番号欄

()
()
()

他に契約されている海外旅行保険はございますか。又は海外旅行保険以外で携行品損害・治療費等の同種の損害を対象とする他の保険契約・共済契約がございましたか？

あり

保険会社 (共済) 名	契約証番号・証券番号

なし

今回の事故について他の保険会社 (共済) 又はクレジットカード会社へ事故報告をされていますか？

はい

会社名 TEL 担当者名 報告日

なし

*上記の重複保険がある場合には、当社から保険金支払後、他の保険会社に請求いたします。

3 病気・けが・事故の状況 DETAILS OF ACCIDENT, INJURY OR SICKNESS

必ずご記入ください。

事故日時 Date & time	年 月 日	午前 AM 時頃 午後 PM	事故場所 Place	国名 Country
事故の状況 (病気・けが・携行品・賠償事故等) Details of accident, injury or sickness		※できるだけ詳しくご記入ください		
証人欄 Attestant	上記の通り事故を証明します。		届出警察署 Reported Police	
	氏名 Name	被保険者との関係 Relationship with the Insured	届出人氏名 Reporter	
	住所 Address	Tel ()	届出年月日 Date of report	
			受理番号 Report No.	

4 委任状 POWER OF ATTORNEY

※エイチ・エス損害保険から病院等への支払を希望される場合には必ずご記入ください。

私は (①病院・医師 ②) を代理人と定め、当該事故に係る保険金の請求並びに受領に関する一切の権限を委任します。

I hereby appoint (①the doctor of medicine or hospital ②) as my representative to file the insurance claim and receive the insurance benefit.

記入日 年 月 日

被保険者署名

Signature of Insured

印

5 診断書 ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT

医師に記入を依頼してください。

患者名 PATIENT'S NAME		患者生年月日 PATIENT'S BIRTHDAY	
傷病名 STATE DIAGNOSIS OR NATURE OF ILLNESS OR INJURY		発症日 DATE OF ONSET OF SYMPTOM OR INJURY	
(A)傷病名 STATE DIAGNOSIS OR NATURE OF ILLNESS OR INJURY		発症日・受傷日 DATE OF ONSET OF SYMPTOM OR INJURY	
(A)の原因 CAUSE OF (A)		発症日・受傷日 DATE OF CAUSE OF (A)	
合併症 COMPLICATION			
患者は以前に同様の症状を訴えたことがありますか？ HAS PATIENT EVER HAD SAME OR SIMILAR SYMPTOM?		いつ頃でしょうか？ () IF YES, GIVE APPROX. DATE?	
<input checked="" type="radio"/> YES <input type="radio"/> NO		以前の症状で実際に治療を受けましたか？ IF YES, DID PATIENT RECEIVE ANY TREATMENT FOR PRIOR SYMPTOMS BY ANY DOCTOR? <input type="radio"/> YES <input checked="" type="radio"/> NO	
他の疾患の影響・因果関係はありますか？ある場合は影響・因果関係の詳細をご記入下さい DESCRIBE ANY OTHER DISEASE AFFECTING PRESENT CONDITION.			
治療期間 PERIOD OF TREATMENT			
<input checked="" type="radio"/> OUTPATIENT 外来 <input type="radio"/> HOME VISIT 往診 <input type="radio"/> INPATIENT 入院 FROM TO			
妊娠による疾病ですか？ IS CONDITION DUE TO PREGNANCY?		妊娠満何週目ですか？ IF YES, GIVE THE COMPLETED WEEKS OF GESTATIONAL AGE	
<input checked="" type="radio"/> YES <input type="radio"/> NO		WEEK(S)	
手術の実施日及び内容 PLEASE STATE TYPE AND DATE OF SURGERY, IF APPLICABLE			
他の医療機関で治療を受けたならば、その住所、病院名 NAME & ADDRESS OF FACILITY WHERE SERVICES WERE FOR THIS INJURY OR SICKNESS PRIOR TO THE VISIT TO YOUR FACILITY			転院日 DATE OF TRANSFER
ホテルでの静養は必要でしたか？ホテルでの静養期間 DID YOU INSTRUCT THE PATIENT TO STAY IN A HOTEL ROOM FOR RECUPERATION?			
<input checked="" type="radio"/> YES FROM TO <input type="radio"/> NO			
必要であればその理由 IF YES, PLEASE SPECIFY REASON			
治療内容をご記述下さい FULLY DESCRIBE PROCEDURES, MEDICAL SERVICES OR SUPPLIES FURNISHED		治療費用 CHARGES	治療日 DATE OF SERVICE
			合計 TOTAL CHARGE
日付 Date			
住所 Address & phone No.		Signature	署名
		Attending physician 担当医	

6 治療費 MEDICAL EXPENSES

傷病名および症状 Nature & Condition of injury or sickness	初診日 Date of first consultation	請求金額 Amount claimed ※お支払いになった通貨単位でご記入ください。
	治療費 Medical Expense	
病院または医師の住所・氏名 Name & address of hospital or doctor	薬剤費 Medicine	
	交通費 Transportation Fee	
以前に同じ症状で治療を受けたことがありますか？ Have you had any prior treatment for the same condition?	その他 Others	
	合計 Total	
<input type="checkbox"/> いいえ No <input type="checkbox"/> はい Yes いつですか？ If yes, when		

7 携行品 BAGGAGE

品目	数量	購入先	購入価格	購入年月日	領収書の有無
					有・無
					有・無
					有・無
					有・無

・高額な携行品であっても、携行品1つ（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。
 ・保険金は修理費または同等の損害品を再取得する金額のいずれか低い額となります。
 ・航空券・乗車券は合計して5万円を限度とします。
 ・パスポートについては、その再発給費用（現地領事官に納付した発給手数料、事故地から最寄の在外領事館所在地までの交通費、ホテル客室料等をいいます。）をお支払いします（5万円限度）。
 ・購入時の領収証、保証書等がない場合、保険金をお支払いしたしかねる場合があります。
 ・借り物や会社の備品、商品などは対象外となります。
 ・同一の危険を補償する他の保険契約がある場合には、二重にお支払いすることはできません。
 ・当社が支払うべき携行品損害保険金の額は、保険期間を通じて携行品損害保険金額が限度となります。

8 確認書 CONSENT

〈旅行かばん修理サービス提供に関する確認書〉

1: 私は、今回携行品損害保険金を請求するにあたり、海外旅行保険普通保険約款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（以下、本サービスという）の内容を了解し、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、旅行かばんを修理した場合には、保険金は直接修理会社へお支払いください。ただし、修理しなかった場合は①の保険金支払指図欄に指定した口座へお支払いください。

記入日 年 月 日 被保険者署名 印

Signature of Insured

9 航空機寄託手荷物遅延 / 航空機遅延費用 BAGGAGE DELAY EXPENSES / FLIGHT DELAY EXPENSES

支出した費用 PAID AMOUNT	購入日時刻 DATE AND TIME PURCHASED	購入先 PLACE OF PURCHASE	金額 AMOUNT PAID
	月 日 時 分		
	月 日 時 分		
	月 日 時 分		
	月 日 時 分		

【航空機寄託手荷物遅延】

・航空機搭乗時に航空会社に運搬を寄託した手荷物が、航空機が目的地に到着後6時間を経ってもその目的地に運搬されなかったときに、航空機到着後96時間以内に手荷物が手元に届くまでのどちらか早い方に負担した必要不可欠な衣類購入費、生活必需品購入費、身の回り品購入費をお支払いします。ただし、1回の寄託手荷物遅延につき、10万円をお支払いの限度とします。

【航空機遅延費用】

(出発遅延費用等) 搭乗予定の航空機について6時間以上の出発遅延・欠航・運休・航空運送事業者の搭乗予約受付業務の不備により搭乗不能が生じ、出発予

定時間から6時間以内に代替となる他の航空機が利用できないとき、代替機が利用可能となるまでの間に負担したホテル等客室料、食事代、交通費をお支払いします。ただし、1回の搭乗不能につき、3万円をお支払いの限度とします。
 (乗継遅延費用) 航空機を乗り継ぐ場合で、搭乗していた到着機の遅延により乗継の予定だった出発機に搭乗できず、搭乗していた到着機の到着時刻から6時間以内に出発機の代替となる他の航空機を利用できないとき代替機が利用可能となるまでの間に負担したホテル等客室料、食事代、交通費をお支払いします。ただし、1回の到着機の遅延につき、3万円をお支払いの限度とします。

航空機遅延事故証明 FLIGHT DELAY CERTIFICATION

※この欄は、航空会社で記入の上、証明していただください。(FROM THE AIRLINE COMPANY)
 ※本内容と同等内容の航空会社の証明書をもちの場合は、その証明書を添付し、ご本人様でご記入ください

航空会社 証明押印欄
TO BE CERTIFIED BY AIR CARRIER VALIDATION
VOID IF NOT STAMPED HERE

DATE OF OCCURRENCE YEAR MONTH DAY
 事故日 年 月 日 NAME OF AIR CARRIER
 航空会社名

NAME OF AGENT OF CUSTOMER SERVICE REPRESENTATIVE
 係員名

① 寄託手荷物遅延 BAGGAGE DELIVERY DELAY
 DESTINATION AIRPORT
 目的地空港名
 ARRIVAL FLIGHT
 到着便名
 ACTUAL ARRIVAL TIME
 実際の到着時刻
 ACTUAL BAGGAGE DELIVERY DATE & TIME
 実際の手荷物引渡日時
 NO EVENTUAL DELIVERY
 結局引渡なし

② 出発遅延 DEPARTURE DELAY
 欠航(運休) CANCELLATION
 予約受付業務の不備 OVERBOOKING
 DEPARTURE AIRPORT
 出発地空港名
 DELAYED / CANCELLED / OVERBOOKED FLIGHT
 出発予定便名
 SCHEDULED DEPARTURE TIME
 出発予定時刻
 ACTUAL FLIGHT
 代替便名
 ACTUAL DEPARTURE TIME
 実際の出発時刻

③ 乗継遅延 ARRIVAL DELAY FOR CONNECTION

ARRIVAL FLIGHT
 到着便名
 ACTUAL ARRIVAL TIME
 実際の到着時刻
 CONNECTION AIRPORT
 乗継地空港名
 MISSED CONNECTION FLIGHT
 乗継予定便名
 SCHEDULED DEPARTURE TIME
 出発予定時刻
 ACTUAL FLIGHT
 代替便名
 ACTUAL DEPARTURE TIME
 実際の出発時刻

家族契約(ファミリープラン)の場合

①の被保険者以外の被保険者がご負担された費用についてご記入ください。ご記入いただいた場合には、①の口座にお振込することに同意の上ご署名ご捺印ください。(個別契約の場合はそれぞれご提出ください。)

被保険者名	負担した費用
(印)	宿泊費・食事代・交通費・通信費・その他()
(印)	宿泊費・食事代・交通費・通信費・その他()
(印)	宿泊費・食事代・交通費・通信費・その他()

10 賠償事故 LIABILITY

所有者/負傷者 Name of the injured/property damage owner	住所 Address	Tel
負傷者または損害の程度 Nature of injury and extent of damage	請求金額 Amount claimed	