

Overseas Travel Insurance Claim Form (For Medical Expense/Rescue's Expense)

海外旅行保険(治療費用・救援費用)

保険金請求書



請求前にご確認ください

この請求書は海外旅行保険(治療費用・救援費用)の保険金請求書です。

補償内容はお加入内容により異なります。
お手元の保険証券や加入プラン表・加入者証明書をご確認ください。

以下の資料をお手元にご準備の上、請求書の必要項目をすべて入力ください。

- ・ 保険証券、加入依頼書
- ・ 治療日、医療機関名がわかるもの
- ・ その他各保険金請求に必要な書類

入力いただいた内容に関し、お問い合わせさせていただきますことがございます。また、内容により追加書類の提出をお願いする場合がございます。担当者からのお問い合わせは請求書記載のメールアドレス・携帯番号・ご住所のいずれかへご連絡いたします。

同一の損害または費用を補償する他の保険等(クレジットカードに付帯された海外旅行保険を含みます)がある場合におきましては、当社が保険金をお支払いしたのち、当該引受保険会社に対して分担金を請求することがございます。そのため、他の保険契約の申告欄にクレジットカードの種類ならびに当該保険に関するご申告をお願いいたします。

クレジットカードの種類によっては、後日追加情報のご申告をお願いする場合がございます。

なお、お客様からお預かりしたクレジットカードの情報に関しては、法令に基づき適切に管理を行い、上記使用目的以外に使用することはございません。

OVERSEAS TRAVEL INSURANCE CLAIM FORM (FOR MEDICAL EXPENSE/RESCUER'S EXPENSE)

海外旅行保険金請求書(治療費用・救援費用)

貴社が本保険金請求に関する個人情報を、保険契約の履行(保険金支払の可否、支払金額の算定など)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とする範囲において、個人情報を取得、利用、提供することに同意します。

I hereby agree of collect, use, and provide personal information related to this claim to the extent necessary for the performance of the insurance contract (e.g., for determine claims payment, for calculation of the payment, etc.) and to provide various services, as well as to the extent necessary for your business.

1. 契約情報 Policy Information

契約証・証券番号 Policy No.			
契約者 Policyholder's Name		契約者(フリガナ) Policyholder (KATAKANA)	
旅行期間(YYYY/MM/DD) Travel Period	(From)	から - (To)	まで
保険申し込み先(旅行会社) Travel Company			

2. 保険金請求者 Claimant

※保険金請求者は原則として被保険者となります。ただし、被保険者が未成年の場合は、親権者の方がご請求ください。
Please note that usually claimant would be insured. For special reason such as insured is a minor, a person in parental authority would be claimant.

被保険者氏名 Insured's Name		被保険者氏名(フリガナ) Insured's Name (KATAKANA)	
生年月日(YYYY/MM/DD) Date of Birth		メールアドレス E-mail	
被保険者との関係 Relationship from Insured	<input type="checkbox"/> 本人 Self <input type="checkbox"/> 親権者 Parent in Custody <input type="checkbox"/> 法定相続人 Legal Heir	性別 Sex	<input type="checkbox"/> 男性 Male <input type="checkbox"/> 女性 Female
携帯番号 Mobile phone No.	-	日中連絡先(携帯のない方のみ) Other daytime phone No.	-
住所 Address	〒 -		

3. 保険金支払先 Bank Account Information

※被保険者に請求できない特段の事情がない限り、保険金支払先は被保険者口座をご指定ください。被保険者が未成年の場合は親権者口座をご指定いただけます。被保険者以外の口座を指定される場合は、別途書類のご提出をお願いする場合がございます。
Please note that usually insured's bank account should be written at here. If claim for a minor, parents' bank account can be written. For a remittance to others, we might ask you for an extra document.

金融機関(ゆうちょ銀行以外)口座へ支払い希望 (Japanese Bank Account /Excluding Japan Post Bank)

金融機関名 Name of Bank	<input type="checkbox"/> 銀行 Bank <input type="checkbox"/> 信用金庫 Shinyo-Kinko <input type="checkbox"/> JA Japan Agricultural Bank <input type="checkbox"/> 信用組合 Shinyo-Kumiai
支店名 Branch	<input type="checkbox"/> 本店 HQ <input type="checkbox"/> 支店 Branch <input type="checkbox"/> 出張所 Local Office 支店コード Branch Code
預金種目 Account Type	<input type="checkbox"/> 普通(Ordinary) <input type="checkbox"/> 当座(Checking) 口座番号(7桁) Account No.
口座名義(被保険者本人名義口座を入力ください)(カタカナ) Name of Account Holder(Insured's Account) (KATAKANA)	

ゆうちょ銀行口座へ支払い希望 (Japan Post Bank)

ゆうちょ銀行通帳記号(5桁) 5 digits No.	記号番号(8桁) 8 digits No.
口座名義(被保険者本人名義口座を入力ください)(カタカナ) Name of Account Holder(Insured's Account) (KATAKANA)	

小切手でのお支払い(米国滞在中で米国内に住所と銀行口座をお持ちの方のみ選択可)
By Check: For a person who resides in the United States of America (A Bank Account and physical address in the United States of America is required)

4. 事故又は病気の内容 Detail of Accident or Sickness			
発生日 (YYYY/MM/DD) Date Occurred		時刻 (24時間表記) Time (24 Hour Format)	:
国及び都市 / 事故場所 Location			
事故発生状況 / 病気の発症経緯 Description			
疾病名 / 症状 Diagnosis			
医療機関名 Hospital Name		初診日 (YYYY/MM/DD) First-Visit Date	
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? Have you received cashless medical service locally?		<input type="checkbox"/> はい (Yes)	<input type="checkbox"/> いいえ (No)
現在治療中ですか? Are you now under medical treatment?		<input type="checkbox"/> はい (Yes)	<input type="checkbox"/> いいえ (No)
以前に本症状に関して治療を受けたことがありますか Have you ever had any treatment for this condition?		<input type="checkbox"/> はい (Yes)	<input type="checkbox"/> いいえ (No)
	はいの場合 → If Yes	いつですか? When? (YYYY/MM/DD) () 治療状況 Condition: <input type="checkbox"/> 治療中 Under Treatment <input type="checkbox"/> 治癒 Cured	

5. 委任状 (キャッシュレスメディカルサービス用) Authorization and Assignment of Benefits

委任状 / Authorization and Assignment of Benefits

私は、医療機関にてキャッシュレスメディカルサービスを受けた場合、当該医療機関または医師を代理人と定め、その医療機関で発生した治療費用の請求並びに受領に関する一切の権限を委任します。また、被保険者を診療または治療した全ての病院・医師、または本件の事故に関する関係者から、Chubb 損害保険 (株) または、Chubb 損害保険 (株) の指名する者に被保険者に関する全ての医療記録または事故の記録を提供することに同意します。なお、本書の写真複写も同じ効力があるものと認め、治療費用が支払対象外となった場合は当該治療費用を病院・医師または Chubb 損害保険 (株) に滞りなく支払うことを理解し、同意します。

If "Medical Cashless Services" is provided, I, the undersigned authorize any hospital, medical-care institution, physician or other medical professional to file claims for my medical expenses, to furnish all information with respect to any injury or sickness suffered or to any treatment plan, and to provide copies of that person's medical records and accident information to determine eligibility for benefit payments under the policy number identified above to the insurance company named above or its representatives. I understand and agree that a copy of this authorization shall be as valid as the original. I understand and agree that any medical expense not eligible under the policy number identified above must be paid out of pocket to the medical-care institution, physician, other medical professional, or insurance company named above without further delay.

被保険者の署名
Signature of Insured : _____

親権者の署名 (未成年者の場合)
Parent's Signature (If claim is for a minor) : _____

6. 治療のため負担された費用 Paid Medical-related Expense

※領収書・支払明細書などをご添付ください。入力欄が不足する場合は、ご自身で作成された別紙に必要項目を入力の上ご申告ください。
※カイロプラクティックや鍼灸は補償の対象外となります。

Please attach receipt, invoice, and document which your original and new itinerary is written on (e.g. E-ticket). If the space on this form is not sufficient, you may attach a continuation sheet made by your own.
Chiropractic, acupuncture, and moxa cautery is not covered by this insurance.

費用項目 Expensed Item	日付 (YYYY/MM/DD) Date	費用支払い先 Payee	内容 Detail	負担金額 Expense Paid	払戻金額 Refund
治療費 Medical Expense					
医師の処方薬剤費 Prescribed Medicine					
通信費 Communication Expense					
その他の費用 Other Fee					

7. 治療等のため旅行行程を変更された場合 If you altered an itinerary due to this case.

※領収書・支払明細書・変更前の旅程と変更後の旅程を確認できるの資料 (E チケットコピーなど) をご添付ください。入力欄が不足する場合は、ご自身で作成された別紙に必要項目を入力の上ご申告ください。

Please attach receipt, invoice, and document which your original and new itinerary is written on (e.g. E-ticket). If the space on this form is not sufficient, you may attach a continuation sheet made by your own.

変更前の旅程 (飛行機やバス、ホテルなど) Original Itinerary (Flight, Bus, Hotel, etc)		変更後の旅程 (飛行機やバス、ホテルなど) New Itinerary (Flight, Bus, Hotel, etc)		負担金額 Expense Paid	払戻金額 Refund
日付 (YYYY/MM/DD) Date	内容 Detail	日付 (YYYY/MM/DD) Date	内容 Detail		

8. 他の保険契約 Other Insurance

① 海外旅行保険が自動的に付帯されているクレジットカードはお持ちですか。
Do you have any credit cards with non-additional charge insurance attached? はい (Yes) いいえ (No)

はいの場合 ➡ **カード種類にチェックのうえ、カード番号、旅行費用のクレジット決済の有無について入力ください。**
If Yes, please fill in your credit card information at below.

AMEX JAL ANA ダイナース VIEW 楽天 イオン EPOS 三井住友カード 三菱 JCB ライフ
 セゾン 東急 SHELL Dカード au JACCS amazon その他のクレジットカード[カード名: _____]

カード名 Credit Card Supplier/Brand	カード番号(桁数にかかわらず上6桁・下4桁の番号を入力ください) Card No.(First 6 digits and 4 digits from End)	今回の旅行費用をクレジット決済していますか。 ※ツアー旅行代金、航空機・電車・バスなど Have you purchased a flight, tour, or transportation via credit card?
	※※※※※※	<input type="checkbox"/> はい (Yes) <input type="checkbox"/> いいえ (No)
	※※※※※※	<input type="checkbox"/> はい (Yes) <input type="checkbox"/> いいえ (No)

※カード種類によっては、カード利用明細書やクレジットカードのフルナンバーを別紙にてご提出いただく場合がございます。
Please note that we might ask you for a full card number or credit card statement in some cases.

② 他に契約されている海外旅行保険はございますか。
Have you purchased any other travel insurance for this trip? はい (Yes) いいえ (No)

はいの場合 ➡
If Yes

保険会社名 Name of Insurance Company	証券番号 Policy Number
------------------------------------	-----------------------

③ 今回の事故で、クレジットカード会社または保険会社に事故報告されていますか。
Have you reported to any other insurance companies or credit card companies about this case? はい (Yes) いいえ (No)

はいの場合 ➡
If Yes

カード会社名/保険会社名 Name of Company	報告日 Report Date	電話番号 Company's phone No.
---------------------------------	--------------------	-----------------------------

- ◆弊社の個人情報お取り扱いについて (詳細については、当社ホームページ (<https://www.chubb.com/jp>) をご覧ください。)
- 【利用目的】保険金のご請求時に弊社が取得する個人情報は、保険契約の履行(損害調査、保険金支払の可否、支払保険金の算定等)・保険引受判断・各種サービスの提供等のために利用します。保険事故の関係者(修理工場、医療機関、損害保険会社・共済、保険事故の当事者等)、業務委託先(保険代理店を含む)、国内外の再保険引受会社、その他必要な関係先に対して提供することがあります。
 - 【第三者提供】主に以下の場合を除き、ご本人の同意なく第三者に個人データを提供いたしません。
 - ・法令等に基づく場合
 - ・人の生命、身体または財産の保護のために必要がある場合であって、ご本人の同意を得ることが困難であるとき
 - ・保険業務の遂行上必要な範囲で、保険代理店を含む委託先に提供する場合
 - ・国等への税務関係書類作成業務に関し、契約者ならびに被保険者・受取人等の関係者に対し、保険事故内容通知が必要な場合
 - 【機微(センシティブ)情報】個人情報保護法に規定するセンシティブ情報については、保険業の適切な業務運営を確保する必要があるとき等においては、業務遂行上必要な範囲で取得、利用または第三者提供をする場合があります。
 - 【情報交換制度】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、他の損害保険会社等との間で個人データを共同利用することがあります。詳しくは一般社団法人日本損害保険協会のホームページ (<https://www.sonpo.or.jp>) をご覧ください。

◆同意事項
本保険契約において保険金支払い対象となる携行品損害、賠償責任損害、治療・救済費用等実費が発生し、かつ本保険と支払責任の一部または全部を同じくする他の保険契約や他の共済契約(クレジットカード付帯の保険を含む。以下「他保険等」といいます。また他保険等の事業を営む者を「他保険会社等」といいます。)を有する場合において、次のことに同意いたします。

- ①当該他保険会社等から保険金の支払を受けた損害や費用については、本保険契約に基づく保険金の支払いを重複して受けることはできないこと。
- ②貴社が支払った保険金について、当該他保険会社等に対して分担請求を行うこと。
- ③貴社が上記②の業務を行うために必要な情報(支払責任額等契約の内容、損害額等事故に関する情報、支払保険金に関する情報)について、他保険会社等との間で情報を相互に提供、利用すること

なお、本書の写真複写も本書と同じ効力があることを了承します。

記入内容に誤りがないことを確認し、上記に同意の上、保険金を請求します。
Claimant hereby, make a claim for insurance benefit by confirming the accuracy of the contents hereof and also agree to the matters mentioned above.

請求日 (YYYY/MM/DD)
Date