

Overseas Travel Insurance Claim Form (For Baggage/Liability/Flight Delay, etc.)

海外旅行保険(携行品・賠償・航空機遅延など)

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(携行品・賠償・航空機遅延など)の保険金請求書です。

補償内容をご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
- ・ 事故を証明する書類(欠航証明書や盗難証明書等)
- ・ 損害を証明する書類(修理明細書・領収書等)
- ・ 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(Baggage/Liability/Flight Delay,etc) 海外旅行保険金請求書(携行品・賠償・航空機遅延など)

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.

ご確認ください Before completing this claim form please check your claim type from the selections below.

請求項目に✓願います	ご記入いただく欄							
<input type="checkbox"/> 携行品 Baggage	1	2	3	4	5	6	7	8
<input type="checkbox"/> 賠償事故 Liability	1	2	3	4	5	6	7	8
<input type="checkbox"/> その他の費用請求(航空機遅延・寄託手荷物など) Other Claims	1	2	3	4	5	6	7	8

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
保険申し込み書先(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.

<input type="checkbox"/> 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)			
<input type="checkbox"/> 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)

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。
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 (YYYY/MM/DD) 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