

【記入例】

CHUBB®

旅のキャンセル保険専用

ネット専用旅行関連サービス取消費用補償保険金請求書

●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。

貴社が保険請求に関する私の個人情報を、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、個人情報お取り扱いについての規定のとおり取得、利用、提供することに同意します。また、貴社の担当者（貴社が委託、依頼した者も含む）が保険金の支払をするために必要な範囲で個人情報の取得をすることにも同意いたします。

● **1** **2** **3** **4** の共通項目は必ずご記載ください（**5** の項目は該当する場合ご記載ください）

請求日 2023 年

保険申込者（被保険者）がご署名・ご捺印ください。

1 保険金請求者（保険申込者）	
フリガナ	チャブ タロウ
氏名	茶部 太郎
住所	〒 980 - ●●●● 宮城県仙台市××町××-××
メールアドレス	●●●●●@chubb.com
連絡先	090 - ●●●●● - ●●●●●
生年月日	1945 年 1 月 12 日

可能な限り、連絡先は携帯電話番号をご記入ください。

生年月日は西暦でご記入ください。

※携帯・ご自宅等の日中ご連絡可能な電話番号をご記入ください。

2 保険金お振込み先		被保険者に請求できない特段の事情が無い限り、保険金支払先は被保険者（保険申込者）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。		
金融機関（ゆうちょ銀行以外）	<input checked="" type="radio"/> 銀行 <input type="radio"/> 信金 <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> 信組	預金種目	支店番号	口座番号
ゆうちょ銀行	<input checked="" type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 当座 <input type="radio"/> 別段	通帳記号（5ケタ）	通帳番号（8ケタ）	
口座名義（フリガナ）	<input checked="" type="checkbox"/> 保険金請求者と同じ			

保険金振込先は原則保険申込者（被保険者）の口座となります。

3 キャンセル費用記入欄（全てのご契約をご記入ください）		
証券番号	▲▲▲ EC ●●●●●●●●	※書ききれない証券番号はこちらに全てご記入ください ▲▲▲EC●●●●●●●●
<キャンセル明細書は必ず添付ください>		
ツアー名・利用期間・航空会社名・ホテル名・レンタカー会社名		
チャブトラベル株式会社		
旅行会社等に支払った旅行商品代金 (旅行保険料は除きます)	キャンセル手続きを行って返金された金額	
78,000円	34,000円	

往復の旅券や複数のご契約がある場合、全てご申告ください。

【記入例】

4 旅行取消内容						
旅行取消日	2023	年	7	月	1	日
旅行取消は必ず旅行会社にご連絡ください。(ツアー旅行中に途中で取りやめた場合は別途ご連絡ください。)						
該当する取消理由に必要な事項をご記入ください。						

(1) ~ (4) の項目のうち、該当するキャンセル事由を1つご記入ください。

(1) 旅行者本人に対する医師の旅行中止指示があった場合

旅行者氏名	茶部 太郎					
傷病名	右橈骨遠位端骨折					
医師による旅行中止指示日	2023	年	7	月	1	日
病院名	チャブクリニック					

(2) 親族 (1 親等以内) が要介護・要看護となった場合

親族氏名	茶部 二郎					
旅行者から見た続柄	子					(1 親等)
医師の看護・介護判断日	2023	年	7	月	1	日
傷病名	左手熱傷					
病院名	チャブ国際病院					

(3) 親族 (3 親等以内) がご危篤、またはお亡くなりになった場合

親族氏名	茶部 花子					
旅行者から見た続柄	祖母					(2 親等)
医師の危篤判断日	2023	年	7	月	1	日
お亡くなりになった日	2023	年	7	月	1	日
傷病名	肺炎					
病院名	チャブ医療センター					

(4) 上記 (1) ~ (3) 以外の約款規定の事由で旅行を取消した場合

事故日	2023 年 7 月 1 日					
取消理由 (取消理由を具体的に記入ください)	パスポートの盗難					
届出警察署名	●●●警察署	届出日	2023 年 7 月 1 日			
盗難受理番号 (警察)	●●●●●●	運転免許証番号	●●●●●●			

運転中の自動車事故等の場合は有効な運転免許証の番号をご記入ください。

5 他保険の申告欄 (キャンセル費用を補償する他保険のご契約がある場合)

他のキャンセル保険	保険会社名	証券番号
	●●●●保険株式会社	▲▲▲-●●●●

他保険のご契約がある場合にご記入ください。

キャンセル費用を補償する海外旅行保険・国内旅行保険が付帯されたクレジットカード	
カード会社名	カード番号 (桁数にかかわらず上 6 桁・下 4 桁の番号をご記入ください)
●●●●カード	●●●●●● ※ ※ ※ ※ ●●●●

◆弊社の個人情報のお取り扱いについて

詳細については、当社ウェブサイト「個人情報保護方針」をご覧ください。

- 【利用目的】 保険金請求書の作成、保険金の算定等) 損害保険会社・共済会等との間で個人情報を取り扱います。また、損害賠償の請求等を行う場合、損害賠償の請求先(修理工場、医療機関、国内外の再保険引受会社、その他必要に応じて)に提供させていただきます。
- 【第三者提供】 主として法令等に基づくことが困難である業務関係書類作成等において、第三者提供をすることがあります。
- 【機微 (センシティブ) 情報の取扱い】 機微 (センシティブ) 情報の取扱いについては、保険業の適切な業務運営を確保するために必要に応じて第三者提供をすることがあります。
- 【情報交換制度】 損害賠償の請求を防止するため、他の損害保険会社等との間で個人情報を取り扱います。また、損害賠償の請求先(修理工場、医療機関、国内外の再保険引受会社、その他必要に応じて)に提供させていただきます。

保険金請求書をダウンロード後、PC 上の任意の場所に保存してください。必要事項をご記入の上、「メール作成」ボタンをクリックしてください。必要書類を添付の上、ご送信ください。

記入が完了したらボタンを押してください (メールが立ち上がりません) ※ 使用端末等によりメールが立ち上がらない場合は、記入済みのものを手動でメールにご添付ください。

