

傷害保険金請求書



兼 個人情報の取扱いに関する同意書

チューリッヒ保険会社 御中

本書の記載内容が事実と相違ないことを確認し、当事故に係る保険金を請求します。
また、次の事項につき同意します。なお、本書の写しも本書と同じ効力があるものと認めます。

- 貴社が本保険金請求に関する私の個人情報を、保険契約の履行（保険金支払いの可否、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、別紙「個人情報の取扱いに関する事項」に記載の通り取得、利用、提供することに同意します。

保険金請求者とは次のとおりです。→ ケガをされた方（被保険者）
→ 被保険者が未成年の場合は親権者

1 保険金のご請求日、事故日

ご請求日 (ご記入日)	年	月	日				
事故日	年	月	日	午前	午後	時	分頃

2 保険金請求者、被保険者 ※保険金請求者ご本人がご記入、ご捺印ください。

保険金請求者	ご住所	〒 ー (都道府県)			
	お名前	フリガナ	被保険者との関係	本人 親権者 その他 ()	
	日中のご連絡先	TEL () ー ご希望の連絡時間帯がございましたら ▶ 9時～12時 12時～14時 14時～17時 特になし ○印をつけてください。			
	Eメール アドレス	@			
被保険者	お名前	フリガナ	生年月日	年 月 日生	職業
	(請求者と同じ)				

必ずご捺印ください。
印
個人情報の取扱いに同意のうえ、
保険金を請求します。

3 事故状況

駅構内の場合、路線名・駅名をご記入ください。その他の場合、発生場所の住所をご記入ください。

発生場所	自宅 駅構内 その他	駅構内の場合	線	駅
発生状況	(都道府県)			

4 保険金の支払先 ※保険金請求者本人名義の口座をご記入ください。

口座名義(カタカナ)	❗ 必ずご記入ください。									
1 金融機関 (ゆうちょ銀行以外)	1 金融機関 (ゆうちょ銀行以外) 銀行 信用金庫 J A その他 () 本店 支店 出張所									
2 ゆうちょ銀行	店番号 預金種目 普通・総合 当座 貯蓄 口座番号(右詰め)									
通帳記号	1	0	通帳番号	1						

❗ 裏面もご確認のうえ、ご記入ください。

会社使用欄

受付印 受付印

5
 事故の通知

事故の発生の日から30日経過後に当社に事故の通知をされた場合、理由に○印をつけてください。

- ☐ 30日以内に通知することを知らなかったため
- ☐ 保険契約に加入していることを忘れていたため
- ☐ 治療が終了してから通知を行ったため
- ☐ 治療に専念していたため
- ☐ その他 ※以下に理由をご記入ください。

※ 事故の発生の日からその日を含めて30日以内に事故発生の状況および傷害の程度を当社に通知していただくことをお願いしております。

6
 運転免許証情報

被保険者が自動車・自動二輪車・原付自転車を運転中の事故の場合、飲酒の有無に○印をつけてください。また、運転されていた方の運転免許証のコピーを添付いただくか、運転免許証の情報を以下に転記してください。

飲酒の有無

☐ 有 ☐ 無

氏 名	表面2の被保険者に同じ			生年月日	表面2の被保険者に同じ			
					大 昭 平	年	月	日生
住 所	表面2の住所に同じ							
交 付	年	月	日	種 類	大型	中型	大特	大自二
有効期限	年	月	日まで有効		大自二	普自二	小特	原付
免許証番号	第		号		け引	大二	中二	普二
					大特二	け引二		

7
 警察や駅への届出

交通事故傷害保険のご請求には各種証明書が必要です。警察や駅へお届けください。万が一、届出が困難な場合は以下にご記入ください。 ※当社より、警察、駅などへ確認させていただく場合がございます。

被保険者	私は下記の事故により受傷し、保険金請求書に記載した事故状況に相違ないことを誓約いたします。 ※被保険者が未成年の場合、親権者をご署名ください。
事故日	年 月 日
自動車 登録番号	
二輪車 登録番号	

8
 他のご契約

他の保険契約の有無 ☐ 無 ☐ 有 ※本契約以外にご請求可能な損害保険・共済が有の場合、以下にご記入ください。

保険会社・共済組合名	保険・共済の種類	証券番号	電話番号	保険金請求の有無
			() -	☐ 有 ☐ 無
			() -	☐ 有 ☐ 無
			() -	☐ 有 ☐ 無
			() -	☐ 有 ☐ 無

傷害保険金請求書の記入上の注意点

以下の内容を参照して**黒のボールペン**でご記入ください。

表面

傷害保険金請求書



兼 個人情報の取扱いに関する同意書

チューリッヒ保険会社 御中

本書の記載内容が事実と相違ないことを確認し、当事故に係る保険金を請求します。

また、次の事項につき同意します。なお、本書の写しも本書と同じ効力があるものと認めます。

- 貴社が本保険金請求に関する私の個人情報を、保険契約の履行（保険金支払いの可否、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、別紙「個人情報の取扱いに関する事項」に記載の通り取得、利用、提供することに同意します。

保険金請求者とは次のとおりです。

→ ケガをされた方（被保険者）
→ 被保険者が未成年の場合は親権者

1 保険金のご請求日、事故日

ご請求日（ご記入日） 2017 年 10 月 15 日
事故日 2017 年 10 月 10 日 午前 午後 7 時 10 分頃

2 保険金請求者、被保険者 ※保険金請求者ご本人がご記入、ご捺印ください。

ご住所 〒000-0000 東京 都 調布市〇〇町△-△
フリガナ スイス タロウ
お名前 須井洲 太郎 被保険者との関係 本人 親権者 必ずご捺印ください。
※被保険者が未成年の場合、親権者のお名前をご記入ください。
日中の連絡先 TEL (042) 000-0000 ご希望の連絡時間帯がございましたら 9時~12時 12時~14時 14時~17時 特になし
Eメール アドレス taro0000 @ zurich.com 個人情報の取扱いに同意のうえ、保険金を請求します。
フリガナ 須井洲
被保険者 お名前 (請求者と同じ) 生年月日 19XX年00月00日生 職業 会社員

3 事故状況

駅構内の場合、路線名・駅名をご記入ください。その他の場合、発生場所の住所をご記入ください。

発生場所 自宅 駅構内 其他 駅構内の場合 線 駅
発生状況 例) 自転車での買い物の帰り道、交差点で一時停止を無視した自動車と衝突
例) 駅のプラットフォームで、他人の荷物につまずき転倒し右足を捻挫した
例) スキー中、他のスキーヤーと接触し、木に跳ね飛ばされ手を骨折

4 保険金の支払先 ※保険金請求者本人名義の口座をご記入ください。

口座名義（カタカナ） ① 必ずご記入ください。 スイス タロウ
1 金融機関（ゆうちょ銀行以外）か 2 ゆうちょ銀行のいずれかひとつにご記入ください。
1 金融機関 (ゆうちょ銀行以外) 〇〇 銀行 信用金庫 J A △△ 本店 支店 出張所
店番号 012 預金種目 普通 総合 当座 貯蓄 口座番号（右詰め） 0004567
2 ゆうちょ銀行 通帳記号 1 0 通帳番号 1

① 裏面もご確認のうえ、ご記入ください。



請求書の作成日をご記入ください。

事故の発生日をご記入ください。

被保険者が未成年の場合、親権者が請求権者となります。

必ずご捺印ください。
別紙の「個人情報の取扱いに関する事項」をご覧ください。

不明な場合、空白のままご提出ください。

裏面

傷害保険金請求書

5 事故の通知

事故の発生の日から30日経過後に当社に事故の通知をされた場合、理由に○印をつけてください。

- ☐ 30日以内に通知することを知らなかったため
- ☐ 治療が終了してから通知を行ったため
- ☐ その他 ※以下に理由をご記入ください。
- ☐ 保険契約に加入していることを忘れていたため
- ☐ 治療に専念していたため

※ 事故の発生の日からその日を含めて30日以内に事故発生の状況および傷害の程度を当社に通知していただくをお願いしております。

6 運転免許証情報

被保険者が自動車・自動二輪車・原付自転車を運転中の事故の場合、飲酒の有無に○印をつけてください。また、運転されていた方の運転免許証のコピーを添付いただくか、運転免許証の情報を以下に転記してください。

飲酒の有無

有

無

氏 名

表面2の被保険者に同じ

生年月日

表面2の被保険者に同じ

大 昭 平

年 月 日生

住 所

表面2の住所に同じ

交 付

平成00 年 00 月 00 日

有効期限

平成00 年 00 月 00 日まで有効

免許証番号

第 123456789012 号

種 類

- 大型
- 中型
- 大特
- 大自二
- 大自二
- 普自二
- 小特
- 原付
- けん引
- 大二
- 中二
- 普二
- 大特二
- けん引二

7 警察や駅への届出

交通事故傷害保険のご請求には各種証明書が必要です。警察や駅へお届けください。万が一、届出が困難な場合は以下にご記入ください。 ※当社より、警察、駅などへ確認させていただく場合がございます。

私は下記の事故により受傷し、保険金請求書に記載した事故状況に相違ないことを誓約いたします。

被保険者

須井洲 太郎

※被保険者が未成年の場合、親権者をご署名ください。

事故日

2017 年 10 月 10 日

自動車
登録番号

品川000 あ 12-34

二輪車
登録番号

8 他のご契約

他の保険契約の有無 ☐ 無 ☒ 有 ※本契約以外にご請求可能な損害保険・共済が有の場合、以下にご記入ください。

保険会社・共済組合名	保険・共済の種類	証券番号	電話番号	保険金請求の有無
〇〇損保	傷害保険	W7654321	(03) 0000 - 0000	☐ 有 ☒ 無
×××共済	共済	67890-123	(089) 0000 - 0000	☐ 有 ☒ 無
			() -	☐ 有 ☒ 無
			() -	☐ 有 ☒ 無

いずれかに○印をつけてください。

免許の種類に○印をつけてください(表記は免許証により異なります)。

被保険者が未成年の場合、親権者をご署名ください。

ナンバープレートの番号をご記入ください。

1. 個人情報の利用目的

当社は、今回の事故、保険金請求におきまして取得した個人情報を主に次の目的のために利用します。

- (1) 保険金支払いの判断、本契約の履行、付帯サービスの提供および保険引受
- (2) 債権の回収
- (3) 再保険契約の締結、再保険契約に基づく通知および再保険金の請求
- (4) 保険制度の健全な運営

2. 個人データの第三者への提供

当社は、次の場合を除き、ご本人の同意なくお客様の情報を第三者に提供することはありません。

- (1) 当社が、保険事故の関係者（保険事故の当事者、損害保険会社・共済団体、不動産会社、修理業者、医療機関等）、業務委託先（代理店、損害調査会社等）、警察署、消防署、自動車安全運転センター、裁判所、その他必要な関係先に対して個人情報を提供する場合
- (2) 当社が、保険制度の健全な運営および保険金の適正な支払いのために（一社）日本損害保険協会および保険会社等の間で情報交換を実施する場合
- (3) 次に掲げる会社との間で、保険金の支払いに必要な範囲内で、個人情報を提供する場合
 - ① 共同保険契約の引受保険会社
 - ② 再保険の引受保険会社（当該再保険引受会社から出再された以降の他の再保険引受会社などを含みます）
- (4) 法令により必要と判断される場合
- (5) 当社が、ほかの保険契約との重複において負担部分を超える額を求償するために、必要な情報（契約の内容、支払保険金等に関する情報等）を他の保険契約等の損害保険会社・共済等へ提供する場合

保険医療等の機微（センシティブ）情報の取得、利用、および第三者提供は、保険業法施行規則に従い、適切な業務運営の確保その他必要と認められる範囲に限定します。当社の個人情報保護方針等詳細につきましては、当社ウェブサイト（www.zurich.co.jp）をご確認ください。

