

# OVERSEAS TRAVEL INSURANCE CLAIM FORM



## 海外旅行傷害保険 保険金請求書 (1/4)

チューリッヒ保険会社 宛 To: Zurich Insurance Company Ltd

このたびは心よりお見舞い申し上げます。

必要書類をご準備のうえ、ご提出くださいますようお願い申し上げます。ご提出後、追加書類をお願いする場合がございますので、ご承知おきください。

### 共通 同意書 CONSENT FORM

本書の記載内容が事実と相違ないことを確認し、保険金請求にあたり、下記の項目について保険金請求者欄の署名をもって同意いたします。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。

#### ● 医療情報の提供および事故調査に関する同意 Authorization for provision of medical records and information on the case.

被保険者を診療または治療したすべての病院、医師、および関係者、または本件事故に関する諸機関および関係者が、貴社またはその指名する者に、被保険者に関係するすべての疾病、傷害または事故の記録を提供することを承諾します。

※被保険者の治療の内容・症状の程度を確認するために必要となる診断書・診療報酬明細書等の医療情報、および請求権者・相続人を確認するために必要となる戸籍関連情報を含みます。

#### ● キャッシュレスメディカルサービス Cashless Medical Service

医療機関でキャッシュレスメディカルサービスの提供を受けた場合、その治療費用についての保険金請求権を当該医療機関に委任します。また、当該保険において支払対象外と判明した治療費用については、速やかに病院、医師、貴社またはその業務委託先に支払うことを誓約します。

#### ● 個人情報の取扱いに関する事項

##### 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け 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

当社では、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

#### ● 他の保険契約等がある場合の同意

同一の損害または費用に対して、本保険金請求の対象となる保険契約および他の保険契約等(保険契約、共済契約等の名称を問わず、同一の損害または費用に対して保険金等を支払う契約をいい、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。本書面では同様とします)から、保険契約で定められた保険金等の額を超えて保険金等の支払いを受けた場合、その超えた額について、貴社または他の保険契約等の損害保険会社・共済等へ直ちに返還します。

I hereby make a claim for insurance benefits, by confirming the accuracy of the contents hereof and also by agreeing to the matters mentioned below, after appending my signature thereto. I agree to regard a copy of this form as effective as the original.

I hereby authorize any hospital, physician, or other person who has attended or examined me, or any government authority or other person who is related to the accident, to furnish Zurich Insurance Company Ltd or its authorized representative with any and all information or documents with respect to any sickness, injury or accident that relates to this case.

※ Such information means details such as a doctor of medical certificate and a medical bill to verify the insured's symptom and the extent of treatment given to him/her as well as family registers to verify the identities of the claimant(s) and inheritor(s).

When "Cashless Medical Service" is provided for me by the hospital or medical provider, I authorize the hospital or medical provider to make an insurance claim for the medical expenses for my treatment. In case the medical expenses turn out not to be payable under insurance policy, I pledge myself to pay such medical expenses as not covered under the insurance policy to the hospital or medical provider (or to the Zurich Insurance Company Ltd/authorized representative) without delay.

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

共同保険契約の引受保険会社

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他の保険契約等との重複があるかを確認するために、損害保険会社・共済等へ提供する場合

⑥当社が、他の保険契約等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

保健医療等の機微(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。

### ▼ 保険金請求書の記入例をご参照のうえ、ご記入ください。

### 共通 保険金請求者・被保険者(保険の対象となる方) INSURED (TRAVELER) / CLAIMANT

「医療情報の提供および事故調査に関する同意」「キャッシュレスメディカルサービス」「個人情報の取扱いに関する事項」「他の保険契約等がある場合の同意」をお読みいただき、ご同意いただいたうえで、保険金をご請求ください。

|                             |                 |                                                                 |                                       |   |
|-----------------------------|-----------------|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---|
| ご記入日(請求日)<br>Date           |                 | 年                                                               | 月                                     | 日 |
| 契約証番号<br>Certificate Number |                 |                                                                 |                                       |   |
| 保険金<br>請求者<br>Claimant      | 住所<br>Address   | フリガナ                                                            |                                       |   |
|                             | 氏名<br>Name      | フリガナ                                                            |                                       |   |
|                             | 署名<br>Signature | ※被保険者(保険の対象となる方)が未成年の場合、親権者が請求者になります。<br>※各種同意事項確認の署名・捺印兼用とします。 |                                       |   |
|                             |                 |                                                                 | 契約者名<br>Policy Holder                 |   |
|                             |                 |                                                                 | 被保険者との関係<br>Relationship with Insured |   |
|                             |                 |                                                                 | 日中のご連絡先<br>Daytime TEL No.            |   |
|                             |                 |                                                                 | Eメールアドレス<br>E-mail                    | @ |

保険金請求者が被保険者(保険の対象となる方)と異なる場合のみご記入ください。  
Not necessary when the insured files a claim.

|                 |                       |                                                                |   |   |
|-----------------|-----------------------|----------------------------------------------------------------|---|---|
| 被保険者<br>Insured | 氏名<br>Name            | フリガナ<br>(請求者に同じ)                                               |   |   |
|                 | 生年月日<br>Date of Birth | 年                                                              | 月 | 日 |
|                 | 職業<br>Occupation      |                                                                |   |   |
|                 |                       | <input type="checkbox"/> 男(M)<br><input type="checkbox"/> 女(F) |   |   |

|               |     |     |
|---------------|-----|-----|
| 会社<br>使用<br>欄 |     |     |
|               | 受付印 | 受付印 |

## 共通 保険金の支払先 BANK ACCOUNT INFORMATION

お客様がお立替された外貨を日本円に換算してお支払いする場合、お支払いが確定した日の前日の交換レートでお手続きいたします。本書のご提出が遅れますと、お客様への保険金のお支払いが遅れることがございますので、お早めにご返送ください。

下記金融機関の口座へ振込んでください。口座への振込みをもって、支払いがなされたものと認めます。  
Please remit the insurance benefits to the bank account below. I admit that remittance shall constitute payment thereof.

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)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)

銀行 信用金庫 J A  
その他 ( )

本店 支店 出張所

店番号

預金種目

普通・総合

当座

貯蓄

口座番号(右詰め)

2 ゆうちょ銀行

通帳記号

1

0

通帳番号

1

## 共通 他のご契約 OTHER INSURANCE INFORMATION

今回の件で同一の損害または費用を補償する他の保険契約等がありますか?

Do you have any other insurance which covers this accident /illness?

☐ 有 YES☐ 無 NO

保険会社名 Name of Company

証券番号 Certificate Number

保険金請求状況 Other claim status

海外旅行保険が付帯されたクレジットカードをお持ちですか? ※「有」の場合、以下にご記入ください。

Do you have the credit cards with overseas travel accident insurance? If Yes, please fill in the detail in the bottom column.

☐ 有 YES☐ 無 NO

カード名

Name of Credit Cards

カード種類

Type of Cards

カード番号

Your Credit Card No.

保険金請求状況

Other claim status

①

一般 ゴールド その他

②

一般 ゴールド その他

③

一般 ゴールド その他

今回のご旅行代金をクレジットカードで決済されましたか?

Did you pay the travel expense with your credit card?

☐ いいえ NO☐ はい YES

どのカードで決済されましたか?

Which credit card did you use for payment?

1

2

3

## 共通 事故/疾病の内容 DETAILS OF ACCIDENT OR SICKNESS

事故日時(事故が発生した、または疾病が発症した日) Date and time of accident/illness.

事故の状況・疾病の内容などについてご記入ください。

Please fill in concerning circumstance of the accident and contents of sickness.

年Y

月M

日D

現地時間 (AM) (PM)

時

分

初診日

Date of first consultation

場所

Place

国名

Country

年Y

月M

日D

国・地域名から  
ご記入ください。

地域名

City

届出警察署

Police's name

届出年月日

Date of report

受理番号

Report No.

年Y

月M

日D

## 1 第三者の証明 CERTIFICATE OF THE THIRD PARTY

第三者に記入を  
依頼してください。

※「旅行中の事故による緊急費用」をご請求される場合、必ず公的機関・交通機関・宿泊機関または旅行業者の証明書が必要となります。

証人欄:上記の事故を確認し、事実に相違ないことを証明いたします。

住所

電話番号

署名

被保険者との関係

## 2 携行品損害 BAGGAGE

損害品目(詳細な型式・品番など)

Damaged Items

数量

Quantity

実購入金額

Purchase price

購入した場所・店舗

Place purchased

購入した年月日

When purchased

購入時領収書・保証書

Receipt

損害の状態(破損の場合、箇所・状態)

Nature of damage

YES / NO

☐ 有 ☐ 無

YES / NO

☐ 有 ☐ 無

YES / NO

☐ 有 ☐ 無

YES / NO

☐ 有 ☐ 無

損害品目がパスポート・運転免許証・乗車券などの場合、以下にご負担された費用をご記入ください。

支出した項目

Expenses you paid

購入日時・支出日時

Date and time of purchase

領収書

Receipt

内容(区間・ホテル名など)

Details of expenses

金額

Amount

月

日

時

分

YES / NO

☐ 有 ☐ 無

¥・\$・( )

月

日

時

分

YES / NO

☐ 有 ☐ 無

¥・\$・( )

月

日

時

分

YES / NO

☐ 有 ☐ 無

¥・\$・( )

月

日

時

分

YES / NO

☐ 有 ☐ 無

¥・\$・( )

## 携行品損害に関するご注意点

- 記入欄が足りない場合、レポート用紙などの別紙にご記入ください。
- 盗難や全損の場合、時価額を算定するため減価償却の適用がございます。
- 同じ種類の補償を行う他の保険契約等がある場合、分担して保険金をお支払いすることとなり、二重でお支払いすることはできませんのであらかじめご了承ください。
- 海外旅行中に保険事故でスーツケース(かばんなどを含む)を破損された場合、スーツケースの修理・お届けサービスを利用いただけます。  
サービスを希望される場合、希望するに○印をつけてください。 ※スーツケースの修理・お届けサービスは、携行品損害保険金をお支払いできる場合に限りです。

希望する

## 3 事故の通知 NOTIFICATION OF ACCIDENT

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。

## 4 診断書 ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT

※ 治療費用で保険金ご請求額が10万円を超える場合、医師に記入を依頼してください。  
Please ask attending physicians to fill in.

|                                                                                                                                                                                   |                                                                                |                                                                                                                                                      |                  |                                                                                                            |                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| Name of patient 患者名                                                                                                                                                               |                                                                                | Patient's Date of Birth 患者生年月日                                                                                                                       |                  | If patient has had same or similar prior illness, please give first date of manifestation. 既往症ありの場合、最初の発病日 |                   |
|                                                                                                                                                                                   |                                                                                | Month 月 Day 日 Year 年                                                                                                                                 |                  |                                                                                                            |                   |
| Date of illness(first symptom)or injury 症状が現れた日                                                                                                                                   |                                                                                | Date of first consultation 初診日                                                                                                                       |                  | Month 月 Day 日 Year 年                                                                                       |                   |
| Month 月 Day 日 Year 年                                                                                                                                                              |                                                                                | Month 月 Day 日 Year 年                                                                                                                                 |                  | Describe any other disease affecting present condition. 他の疾病の影響はございますか?                                    |                   |
| State diagnosis or nature of illness or injury 傷病名および経過                                                                                                                           |                                                                                |                                                                                                                                                      |                  |                                                                                                            |                   |
| If patient was injured, please give place and circumstance of accident. 傷害事故の場合、受傷場所・事故状況をご記入ください。                                                                                |                                                                                | Is condition due to pregnancy? 妊娠による疾病ですか?                                                                                                           |                  |                                                                                                            |                   |
|                                                                                                                                                                                   |                                                                                | <input type="checkbox"/> YES はい <input type="checkbox"/> NO いいえ                                                                                      |                  |                                                                                                            |                   |
| Name and address of facility where services were rendered for this illness or injury. 他の機関で治療を受けた場合、その住所・病院名をご記入ください。                                                             |                                                                                | Date of transfer 転医日                                                                                                                                 |                  |                                                                                                            |                   |
|                                                                                                                                                                                   |                                                                                | Month 月 Day 日 Year 年                                                                                                                                 |                  |                                                                                                            |                   |
| Date of final assessment 診断日                                                                                                                                                      |                                                                                | Is there any possibility of physical permanent disability due to the injury? 後遺障害の残存の可能性はありますか?(傷害の場合)                                               |                  |                                                                                                            |                   |
| <input checked="" type="radio"/> ① Healed 治癒<br><input type="radio"/> ② Treatment continued 加療中<br><input type="radio"/> ③ Discontinued 中止<br><input type="radio"/> ④ Referred 転院 |                                                                                | <input type="checkbox"/> YES 有 <input type="checkbox"/> NO 無 If yes, please describe details below. [有]の場合、以下に詳細をご記入ください。<br>-----<br>-----<br>----- |                  |                                                                                                            |                   |
| Month 月 Day 日 Year 年                                                                                                                                                              |                                                                                |                                                                                                                                                      |                  |                                                                                                            |                   |
| Date(s) of services 治療または入院期間                                                                                                                                                     | Outpatient care 外来通院                                                           | From Month 月 Day 日 Year 年                                                                                                                            | How many? 何回ですか? | から To Month 月 Day 日 Year 年                                                                                 | まで                |
|                                                                                                                                                                                   | Hospitalization 入院                                                             | From Month 月 Day 日 Year 年                                                                                                                            |                  | から To Month 月 Day 日 Year 年                                                                                 | まで                |
| Was professional nursing required? 付添看護師は必要でしたか?                                                                                                                                  |                                                                                | Did you instruct the patient to stay in a hotel room for recuperation? ホテルでの静養が必要でしたか?                                                               |                  |                                                                                                            |                   |
| <input type="checkbox"/> YES 要 days 日間 <input type="checkbox"/> NO 不要<br>From Month 月 Day 日 Year 年 から To Month 月 Day 日 Year 年 まで                                                  |                                                                                | <input type="checkbox"/> YES 要 days 日間 <input type="checkbox"/> NO 不要<br>From Month 月 Day 日 Year 年 から To Month 月 Day 日 Year 年 まで                     |                  |                                                                                                            |                   |
|                                                                                                                                                                                   |                                                                                | If yes, please specify reason. 必要であれば、その理由 [ ]                                                                                                       |                  |                                                                                                            |                   |
| Date of service 治療日                                                                                                                                                               | Fully describe procedures, medical service of supplies furnished 治療内容をご記入ください。 |                                                                                                                                                      | Charge 治療費用      |                                                                                                            | Amount paid 受領済金額 |
|                                                                                                                                                                                   |                                                                                |                                                                                                                                                      |                  |                                                                                                            |                   |
|                                                                                                                                                                                   |                                                                                |                                                                                                                                                      |                  |                                                                                                            | Balance due 未受領金額 |
|                                                                                                                                                                                   |                                                                                |                                                                                                                                                      |                  |                                                                                                            |                   |
| Total charge 合計                                                                                                                                                                   |                                                                                |                                                                                                                                                      |                  |                                                                                                            |                   |

Date of statement 作成日

Month 月 Day 日 Year 年

Address 住所

Phone Number 電話番号

Signature of attending physician 担当医の署名または記名捺印



5 治療費用の申告 DECLARATION OF MEDICAL EXPENSES

※実際に支払った通貨でご記入ください。治療費などの領収書またはレシートの原本をあわせてご提出ください。  
※ご請求額が10万円を超える場合、診断書の取付けが必要となります。

|                             |                                                                 |                                           |                                                                 |                      |
|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|----------------------|
| 初診日                         | 年 月 日                                                           | 以前本症状に関して治療を受けたことがありますか?<br>「有」の場合、いつですか? | <input type="checkbox"/> 有 YES <input type="checkbox"/> 無 NO    | 年 月 日 ~<br>年 月 日     |
| 傷害または疾病名<br>および症状           |                                                                 |                                           |                                                                 |                      |
| 今回の傷害・疾病で<br>入院されましたか?      | <input type="checkbox"/> はい YES <input type="checkbox"/> いいえ NO | 現地で、「キャッシュレスメディカルサービス」<br>を受けられましたか?      | <input type="checkbox"/> はい YES <input type="checkbox"/> いいえ NO |                      |
| ご請求額<br>金額・通貨名をご記入<br>ください。 | 治療費・薬代・入院費用など<br>¥・\$・( )                                       | 医師の診断書費用(当社提出用)<br>¥・\$・( )               | その他<br>¥・\$・( )                                                 | 合計:Total<br>¥・\$・( ) |
| 入院または通院のための<br>交通費          | <input type="checkbox"/> 有 YES <input type="checkbox"/> 無 NO    | ※自家用車を利用した場合、「金額」欄に距離をご記入ください。            |                                                                 |                      |
| 利 用 日                       | 区 間                                                             | 交通機関                                      | 病 院 名                                                           | 金 額                  |
|                             | ~                                                               |                                           |                                                                 |                      |
|                             | ~                                                               |                                           |                                                                 |                      |
|                             | ~                                                               |                                           |                                                                 |                      |
|                             | ~                                                               |                                           |                                                                 |                      |
|                             | ~                                                               |                                           |                                                                 |                      |
|                             | ~                                                               |                                           |                                                                 |                      |
|                             | ~                                                               |                                           |                                                                 |                      |
|                             | ~                                                               |                                           |                                                                 |                      |
|                             | ~                                                               |                                           |                                                                 |                      |
| 合 計                         |                                                                 |                                           |                                                                 |                      |

6 航空機遅延費用/航空機寄託手荷物遅延等費用 FLIGHT DELAY / BAGGAGE DELAY

※あわせて 7 に支出した費用の明細を  
ご記入ください。

下記の該当する項目の ☐ にチェックのうえ、必要事項をご記入ください。航空会社の証明書をお持ちの場合、ご提出ください。  
※現地時間でご記入ください。

|                                                                                               |                 |                           |                                        |                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|---------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 出発遅延<br><input type="checkbox"/> 欠航<br><input type="checkbox"/> 搭乗不能 | 出発予定便           | 月 日 (AM) (PM) 時 分 発 ( 便 ) | <input type="checkbox"/> 航空機寄託手荷物遅延等費用 |                                                       |
|                                                                                               | 代替便             | 月 日 (AM) (PM) 時 分 発 ( 便 ) | 目的地空港名<br>到着便名                         | 便 空港                                                  |
| <input type="checkbox"/> 乗継遅延                                                                 | 乗継地への<br>到着便空港名 | 月 日 ( 便 空港 )              | 到着日時                                   | 月 日 (AM) (PM) 時 分                                     |
|                                                                                               | 実際の到着時刻         | 月 日 (AM) (PM) 時 分 ( 便 )   | 実際に手荷物が<br>手元に届いた日時                    | 月 日 (AM) (PM) 時 分                                     |
|                                                                                               | 乗継予定便           | 月 日 (AM) (PM) 時 分 発 ( 便 ) |                                        |                                                       |
|                                                                                               | 代替便             | 月 日 (AM) (PM) 時 分 発 ( 便 ) | 引渡                                     | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |

7 救援費用/旅行事故緊急費用/航空機遅延費用/航空機寄託手荷物遅延等費用 RESCUE EXPENSES / TRAVEL EMERGENCY EXPENSE / FLIGHT DELAY / BAGGAGE DELAY

※現地時間でご記入ください。記入欄が足りない場合、レポート用紙などの別紙にご記入ください。  
※実際に支払った通貨でご記入ください。領収書またはレシートの原本をあわせてご提出ください。

| 支出した項目<br>Expenses you paid | 購入日時・支出日時<br>Date and time of purchase | 領収書<br>Receipt                                                    | 内容(区間・ホテル名など)<br>Details of expenses | 金 額<br>Amount |
|-----------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|---------------|
|                             | 月 日 (AM) (PM) 時 頃                      | YES / NO<br><input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |                                      | ¥・\$・( )      |
|                             | 月 日 (AM) (PM) 時 頃                      | YES / NO<br><input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |                                      | ¥・\$・( )      |
|                             | 月 日 (AM) (PM) 時 頃                      | YES / NO<br><input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |                                      | ¥・\$・( )      |
|                             | 月 日 (AM) (PM) 時 頃                      | YES / NO<br><input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |                                      | ¥・\$・( )      |
|                             | 月 日 (AM) (PM) 時 頃                      | YES / NO<br><input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |                                      | ¥・\$・( )      |

8 第三者への賠償事故 THIRD PARTY LIABILITY

※示談書と賠償金額が確認できる資料をご提出ください。示談書のご提出が困難な場合、当社担当者までご連絡ください。

| 相手方氏名<br>Name of a third party | 相手方住所・電話番号<br>TEL No. and address of other party | 損害内容(傷害の程度・損害品など)<br>Damage or injury of other party | 損害賠償額<br>Claimed amount |
|--------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------|
|                                |                                                  |                                                      |                         |
|                                |                                                  |                                                      |                         |

## 海外旅行傷害保険金請求書の記入上の注意点

※下記は記入例のため、複数の事故について記入しています。実際にご請求される保険金の種類に応じてご記入項目を参照ください。  
ご記入いただいた内容が事実と相違している場合、保険金のお支払いができないことがございますので、事実をありのままご記入ください。

【保険金請求書の下記の番号の部分をご記入ください。】※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、**3**も必ずご記入ください。

傷害死亡・傷害後遺障害・疾病死亡保険金をご請求される場合、当社より別途ご案内いたしますので、担当者までご連絡ください。

|             |    |   |   |                 |                 |    |   |
|-------------|----|---|---|-----------------|-----------------|----|---|
| 携行品の事故の場合   | 共通 | 1 | 2 | 航空機寄託手荷物遅延事故の場合 | 共通              | 6  | 7 |
| 賠償事故の場合     | 共通 | 1 | 8 | 航空機遅延事故の場合      | 共通              | 6  | 7 |
| 治療費用のご請求の場合 | 共通 | 1 | 4 | 5               | 旅行中の緊急費用のご請求の場合 | 共通 | 7 |
| 救援費用のご請求の場合 | 共通 | 1 | 4 | 7               |                 |    |   |

請求者ご本人がご署名・ご捺印ください。

契約者名と被保険者との関係をご記入ください。

平日日中のご連絡先をご記入ください。

不明な場合、空白のままご提出ください。

他の保険契約とは、同種の海外旅行傷害保険やクレジットカードに付帯されている海外旅行傷害保険・普通傷害保険などの傷害保険をいいます。必ずご記入ください。

海外旅行保険が付帯されたクレジットカードをお持ちの場合、クレジットカードの情報を記入ください。

ご事情により、公的機関の証明書などがお取付けできない場合、第三者に記入を依頼してください。

※「旅行中の事故による緊急費用」をご請求の場合、必ず各種証明書が必要となりますのでご注意ください。

実際にご購入された価格をご記入ください。

損傷物の写真・修理見積書をご提出ください。

実際にご負担された費用について、ご記入ください。

領収書・レシートなど、ご負担された金額が確認できる書類の原本をあわせてご提出ください。

|                                                                                                            |                                                                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| 共通 保険金請求者・被保険者(保険の対象となる方) INSURED (TRAVELER) / CLAIMANT                                                    |                                                                           |
| 「医療情報の提供および事故調査に関する同意」「キャッシュレス決済サービス」「個人情報取扱いに関する事項」「他の保険契約等がある場合の同意」を<br>お読みいただき、ご同意いただいたうえで、保険金をご請求ください。 |                                                                           |
| ご記入日(請求日)<br>Date                                                                                          | 2017 年 10 月 15 日                                                          |
| 契約証番号<br>Certificate Number                                                                                | 29876540                                                                  |
| 住所<br>Address                                                                                              | 〒000-0000<br>東京都調布市〇〇町△-△                                                 |
| 氏名<br>Name                                                                                                 | スイス タロウ                                                                   |
| 署名<br>Signature                                                                                            | 須井洲 太郎                                                                    |
| 契約者名<br>Policy Holder                                                                                      | 須井洲 太郎                                                                    |
| 被保険者との関係<br>Relationship with Insured                                                                      | 本人                                                                        |
| 日中のご連絡先<br>Daytime TEL No.                                                                                 | 090-1234-1234                                                             |
| Eメールアドレス<br>E-mail                                                                                         | taro000<br>@ zurich.com                                                   |
| 保険金請求者が被保険者(保険の対象となる方)と異なる場合のみご記入ください。<br>Not necessary when the insured files a claim.                    |                                                                           |
| 氏名<br>Name                                                                                                 | 請求者に同じ                                                                    |
| 生年月日<br>Date of Birth                                                                                      | 1991 年 1 月 1 日                                                            |
| 性別<br>Sex                                                                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> 男(M)<br><input type="checkbox"/> 女(F) |
| 職業<br>Occupation                                                                                           | 会社員                                                                       |
| 会社印欄                                                                                                       |                                                                           |

|                                                                                                                                                                             |                                        |                         |                                      |                           |                       |                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------|--------------------------------------|---------------------------|-----------------------|----------------------------------------|
| 共通 保険金の支払先 BANK ACCOUNT INFORMATION                                                                                                                                         |                                        |                         |                                      |                           |                       |                                        |
| 下記金融機関の口座へ振込してください。口座への振込みをもって、支払いがなされたものと認めます。<br>Please remit the insurance benefits to the bank account below. I admit that remittance shall constitute payment thereof. |                                        |                         |                                      |                           |                       |                                        |
| 口座名義(カタカナ)<br>Account Name                                                                                                                                                  | 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<br>(ゆうちょ銀行以外)                                                                                                                                                        | 銀行 信用金庫 J A 本店 支店 出張所                  |                         |                                      |                           |                       |                                        |
| 2 ゆうちょ銀行                                                                                                                                                                    | 通帳記号 1 0 通帳番号 0004567                  |                         |                                      |                           |                       |                                        |
| 共通 他のご契約 OTHER INSURANCE INFORMATION                                                                                                                                        |                                        |                         |                                      |                           |                       |                                        |
| 今回の件で同一の損害または費用を補償する他の保険契約等がありますか? <input checked="" type="checkbox"/> 有 YES <input type="checkbox"/> 無 NO                                                                  |                                        |                         |                                      |                           |                       |                                        |
| 保険会社名<br>Name of Company                                                                                                                                                    | 〇〇〇保険会社                                |                         |                                      |                           |                       |                                        |
| 証券番号<br>Certificate Number                                                                                                                                                  | 12345678                               |                         |                                      |                           |                       |                                        |
| 保険金請求状況<br>Other claim status                                                                                                                                               | 請求手続き中                                 |                         |                                      |                           |                       |                                        |
| 海外旅行保険が付帯されたクレジットカードをお持ちですか? <input checked="" type="checkbox"/> 有 YES <input type="checkbox"/> 無 NO                                                                        |                                        |                         |                                      |                           |                       |                                        |
| カード名<br>Name of Credit Cards                                                                                                                                                | 〇〇カード                                  |                         |                                      |                           |                       |                                        |
| カード種類<br>Type of Cards                                                                                                                                                      | ゴールド(その他)                              |                         |                                      |                           |                       |                                        |
| カード番号<br>Your Credit Card No.                                                                                                                                               | 1234-5678-9123-4567                    |                         |                                      |                           |                       |                                        |
| 保険金請求状況<br>Other claim status                                                                                                                                               |                                        |                         |                                      |                           |                       |                                        |
| 今回のご旅行代金をクレジットカードで決済されましたか? <input type="checkbox"/> いいえ NO <input checked="" type="checkbox"/> はい YES                                                                      |                                        |                         |                                      |                           |                       |                                        |
| どのカードで決済されましたか? ① ② ③                                                                                                                                                       |                                        |                         |                                      |                           |                       |                                        |
| 共通 事故・疾病の内容 DETAILS OF ACCIDENT OR SICKNESS                                                                                                                                 |                                        |                         |                                      |                           |                       |                                        |
| 事故日時(事故が発生した、または疾病が発症した日) Date and time of accident/illness.                                                                                                                |                                        |                         |                                      |                           |                       |                                        |
| 初診日<br>Date of first consultation                                                                                                                                           | 2015 年 3 月 10 日                        |                         |                                      |                           |                       |                                        |
| 場所<br>Place                                                                                                                                                                 | イギリス                                   |                         |                                      |                           |                       |                                        |
| 国名<br>Country                                                                                                                                                               | ロンドン                                   |                         |                                      |                           |                       |                                        |
| 地域名<br>City                                                                                                                                                                 | ロンドン                                   |                         |                                      |                           |                       |                                        |
| 届出警察<br>Police's name                                                                                                                                                       | ロンドン市警察                                |                         |                                      |                           |                       |                                        |
| 届出年月日<br>Date of report                                                                                                                                                     | 2015 年 3 月 11 日                        |                         |                                      |                           |                       |                                        |
| 受理番号<br>Report No.                                                                                                                                                          | 03-1234-1234                           |                         |                                      |                           |                       |                                        |
| 1 第三者の証明 CERTIFICATE OF THE THIRD PARTY                                                                                                                                     |                                        |                         |                                      |                           |                       |                                        |
| 証人欄: 上記の事故を確認し、事実と相違ないことを証明いたします。                                                                                                                                           |                                        |                         |                                      |                           |                       |                                        |
| 住所                                                                                                                                                                          | 東京都千代田区中央1-2-3                         |                         |                                      |                           |                       |                                        |
| 電話番号                                                                                                                                                                        | 03-1234-1234                           |                         |                                      |                           |                       |                                        |
| 署名                                                                                                                                                                          | 保険 太郎                                  |                         |                                      |                           |                       |                                        |
| 被保険者との関係                                                                                                                                                                    | 友人                                     |                         |                                      |                           |                       |                                        |
| 2 携行品損害 BAGGAGE                                                                                                                                                             |                                        |                         |                                      |                           |                       |                                        |
| 損害品目(詳細な品名・品番など)<br>Damaged Items                                                                                                                                           | 数量<br>Quantity                         | 実購入金額<br>Purchase price | 購入した場所・店舗<br>Place purchased         | 購入した年月日<br>When purchased | 購入時領収書・保証書<br>Receipt | 損害の状況(破損の場合、箇所・収損)<br>Nature of damage |
| 携帯電話                                                                                                                                                                        | 1                                      | 70,000                  | 〇〇〇ネット                               | 2014年1月3日                 | YES / NO              |                                        |
| 損害品目(パスポート・運転免許証・乗車券などの場合、以下に必要とされた費用をご記入ください。)                                                                                                                             |                                        |                         |                                      |                           |                       |                                        |
| 支出した項目<br>Expenses you paid                                                                                                                                                 | 購入日時・支出日時<br>Date and time of purchase | 領収書<br>Receipt          | 内容(区別・ホテル名など)<br>Details of expenses |                           | 金額<br>Amount          |                                        |
| 帰国のための渡航費再発給手数料                                                                                                                                                             | 2 月 28 日 10 時頃                         | YES / NO                | 在スイス日本大使館                            |                           | ¥・\$・(Fr) 300         |                                        |
| タクシー代                                                                                                                                                                       | 3 月 2 日 9 時頃                           | YES / NO                | ホテル〜在スイス日本大使館                        |                           | ¥・\$・(Fr) 10          |                                        |
| 運転免許証再発行手数料                                                                                                                                                                 | 3 月 2 日 12 時頃                          | YES / NO                | 運転免許センター                             |                           | ¥・\$・(€) 3,500        |                                        |
| ユーロスター乗車券                                                                                                                                                                   | 3 月 1 日 3 時頃                           | YES / NO                | ロンドン〜パリ                              |                           | ¥・\$・(€) 10,000       |                                        |

## 新に関するご注意

足りない場合、レポート用紙などの別紙にご記入ください。  
損傷の場合、評価額を算定するための減価償却の適用がござります。  
の補償を行う他の保険契約等がある場合、分けて保険金をお支払いすることとなり、二重でお支払いすることはできませんのであらかじめご了承ください。  
中に保険事故でスニーカー(かばんなどを含む)を破損された場合、スニーカーの修理・お直しサービスを利用いただけます。  
を希望される場合、希望するに印をつけてください。 ※スニーカーの修理・お直しサービスは、旅行損害賠償金をお支払いできる場合に限ります。

海外旅行傷害保険 保険金請求書 OVERSEAS TRAVEL INSURANCE CLAIM FORM (3/4)

3

事故の通知 NOTIFICATION OF ACCIDENT

事故の発生の日から30日経過後に当主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主に通知していただくことをお願いしております。

4

診断書 ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT

※ 治療費用で保険金ご請求額が10万円を超える場合、医師に記入を依頼してください。  
Please ask attending physicians to fill in.

|                                                                                                    |                                |                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Name of patient 患者名                                                                                | Patient's Date of Birth 患者生年月日 | If patient has had same or similar prior illness, please give first date of manifestation, 既往症ありの場合、最初の発病日 |
|                                                                                                    | Month 月 Day 日 Year 年           |                                                                                                            |
| Date of illness(first symptom)or injury 症状が現れた日                                                    | Date of first consultation 初診日 |                                                                                                            |
| Month 月 Day 日 Year 年                                                                               | Month 月 Day 日 Year 年           | Describe any other disease affecting present condition, 他の疾病の影響はございますか?                                    |
| State diagnosis or nature of illness or injury 傷病名および経過                                            |                                |                                                                                                            |
| If patient was injured, please give place and circumstance of accident, 傷害事故の場合、受傷場所・事故状況をご記入ください。 |                                | Is condition due to pregnancy? 妊娠による疾病ですか?                                                                 |
|                                                                                                    |                                | <input type="checkbox"/> YES はい <input type="checkbox"/> NO いいえ                                            |
| Name and address of facility where services were rendered for this illness or injury.              |                                | Date of transfer                                                                                           |

海外旅行傷害保険 保険金請求書 OVERSEAS TRAVEL INSURANCE CLAIM FORM (4/4)

5

治療費用の申告 DECLARATION OF MEDICAL EXPENSES

※ 実際に支払った通貨でご記入ください。治療費などの領収書またはレシートの原本をあわせてご提出ください。  
※ ご請求額が10万円を超える場合、診断書の取付けが必要となります。

|                         |                                                                            |                                         |                                                                            |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| 初診日                     | 2015 年 3 月 30 日                                                            | 以前本症状に関して治療を受けたことがありませうか? [有]の場合、いつですか? | <input type="checkbox"/> 有 YES <input checked="" type="checkbox"/> 無 NO    |
| 傷害または疾病名および症状           | 左足打撲                                                                       | 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?        | <input type="checkbox"/> はい YES <input checked="" type="checkbox"/> いいえ NO |
| 今回この傷害・疾病で入院されましたか?     | <input type="checkbox"/> はい YES <input checked="" type="checkbox"/> いいえ NO |                                         |                                                                            |
| ご請求額<br>金額・通貨名をご記入ください。 | 治療費・薬代・入院費用など<br>100 ￥・\$・( )                                              | 医師の診断書費用(当社提出用)<br>10 ￥・\$・( )          | 合計:Total<br>110 ￥・\$・( )                                                   |
| 入院または通院のための交通費          | <input type="checkbox"/> 有 YES <input type="checkbox"/> 無 NO               | ※ 自家用車を利用した場合、(金額)欄に距離をご記入ください。         |                                                                            |
| 利用日                     | 区 間                                                                        | 交通機関                                    | 病 院 名                                                                      |
| 3/30                    | ホテル ～ 病院                                                                   | タクシー                                    | ○× Hospital                                                                |
| 3/30                    | 病院 ～ ホテル                                                                   | タクシー                                    | ○× Hospital                                                                |
| ～                       | ～                                                                          | ～                                       | ～                                                                          |
| ～                       | ～                                                                          | ～                                       | ～                                                                          |
| ～                       | ～                                                                          | ～                                       | ～                                                                          |
| ～                       | ～                                                                          | ～                                       | ～                                                                          |
| ～                       | ～                                                                          | ～                                       | ～                                                                          |
| ～                       | ～                                                                          | ～                                       | ～                                                                          |
|                         |                                                                            | 合 計                                     | 10 \$                                                                      |

6

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

下記の該当する項目の二にチェックのうえ、必要事項をご記入ください。航空会社の証明書をお持ちの場合、ご提出ください。  
※ 現地時間でご記入ください。

|                                          |             |                                     |                                                       |
|------------------------------------------|-------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 出発遅延 | 出発予定便       | 3 月 20 日 (AM/PM) 9 時 50 分 (AA000 便) | <input type="checkbox"/> 航空機寄託手荷物遅延等費用                |
| <input type="checkbox"/> 欠航              | 代替便         | 3 月 20 日 (AM/PM) 5 時 00 分 (AA100 便) |                                                       |
| <input type="checkbox"/> 搭乗不能            | 乗継地への到着便空港名 | 月 日 ( ) 便 (空港)                      | 目的地空港名<br>到着便名                                        |
|                                          | 実際の到着時刻     | 月 日 (AM/PM) 時 分 ( )                 | AA 000 便 チューリッヒ 空港                                    |
| <input type="checkbox"/> 乗継遅延            | 乗継予定便       | 月 日 (AM/PM) 時 分 ( )                 | 到着日時                                                  |
|                                          | 代替便         | 月 日 (AM/PM) 時 分 ( )                 | 3 月 20 日 (AM/PM) 8 時 30 分                             |
|                                          |             | 乗継に手荷物が手元に届いた日時                     | 3 月 20 日 (AM/PM) 10 時 30 分                            |
|                                          |             | 引渡                                  | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |

7

救援費用・旅行事故緊急費用/航空機遅延費用/航空機寄託手荷物遅延等費用 RESCUE EXPENSES / TRAVEL EMERGENCY EXPENSE / FLIGHT DELAY / BAGGAGE DELAY

※ 現地時間でご記入ください。記入欄が足りない場合、レポート用紙などの別紙にご記入ください。  
※ 実際に支払った通貨でご記入ください。領収書またはレシートの原本をあわせてご提出ください。

|                             |                                        |                                                                         |                                      |               |
|-----------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|---------------|
| 支出した項目<br>Expenses you paid | 購入日時・支出日時<br>Date and time of purchase | 領収書<br>Receipt                                                          | 内容(区間・ホテル名など)<br>Details of expenses | 金 額<br>Amount |
| ホテルの宿泊代                     | 3月10日 (AM/PM) 12 時頃                    | <input checked="" type="checkbox"/> 有 YES <input type="checkbox"/> 無 NO | ロンドンホテル                              | 200 ￥・\$・( )  |
|                             | 月 日 (AM/PM) 時頃                         | <input type="checkbox"/> 有 YES <input type="checkbox"/> 無 NO            |                                      | ￥・\$・( )      |
|                             | 月 日 (AM/PM) 時頃                         | <input type="checkbox"/> 有 YES <input type="checkbox"/> 無 NO            |                                      | ￥・\$・( )      |
|                             | 月 日 (AM/PM) 時頃                         | <input type="checkbox"/> 有 YES <input type="checkbox"/> 無 NO            |                                      | ￥・\$・( )      |
|                             | 月 日 (AM/PM) 時頃                         | <input type="checkbox"/> 有 YES <input type="checkbox"/> 無 NO            |                                      | ￥・\$・( )      |

8

第三者への賠償事故 THIRD PARTY LIABILITY

※ 示談書と賠償金額が確認できる資料をご提出ください。示談書のご提出が困難な場合、当社担当者までご連絡ください。

|                                |                                                  |                                                      |                       |
|--------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------------------|
| 相手方氏名<br>Name of a third party | 相手方住所・電話番号<br>TEL No. and address of other party | 損害内容(傷害の被害・損害品など)<br>Damage or injury of other party | 賠償額<br>Claimed amount |
| 〇〇〇ホテル                         | 〇〇〇〇〇〇〇 +44 〇〇 〇〇                                | 客室内(浴室)からの漏水被害                                       | £ 500                 |

治療の内容やお立替いたदैており  
ます治療費用などについて、ご記入  
ください。  
領収書・レシートなど、ご負担された  
金額が確認できる書類の原本をあわ  
せてご提出ください。

航空機寄託手荷物遅延等費用の場合、  
空港名・便名など現地時間でご記  
入ください。

救援費用・旅行中事故による緊急費  
用・航空機遅延費用・航空機寄託手  
荷物遅延等費用で支出された費用  
をご記入ください。  
支出された費用の領収書の原本を  
あわせてご提出ください。

賠償事故の相手方・連絡先・損害の  
状況などをご記入ください。別途示  
談書と賠償金額が確認できる資料が  
必要となります。

## 保険金ご請求に必要な手続き

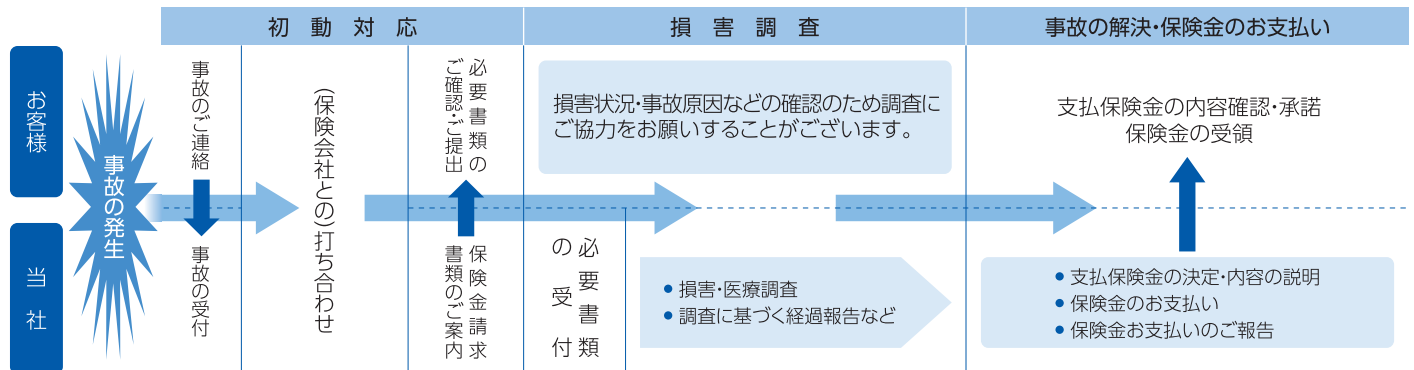
| 保険金のご請求に必要な書類                                   |                     |                     |                           |                     |                     |                  |                                      |                                                |                                 |               |                                                                                                                                                               |
|-------------------------------------------------|---------------------|---------------------|---------------------------|---------------------|---------------------|------------------|--------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 保険金の種類<br>必要書類名                                 | 傷害<br>死亡<br>保険<br>金 | 疾病<br>死亡<br>保険<br>金 | 傷害<br>後遺<br>障害<br>保険<br>金 | 賠償<br>責任<br>保険<br>金 | 治療<br>費用<br>保険<br>金 | 救<br>援<br>費<br>用 | 携<br>行<br>品<br>損<br>害<br>保<br>険<br>金 | 寄<br>託<br>手<br>荷<br>物<br>遅<br>延<br>等<br>費<br>用 | 航<br>空<br>機<br>遅<br>延<br>費<br>用 | 旅行中の事故による緊急費用 | 書類の説明および注意事項                                                                                                                                                  |
| 保険金請求書                                          | ●                   | ●                   | ●                         | ●                   | ●                   | ●                | ●                                    | ●                                              | ●                               | ●             | <p>必ずご署名押印のうえ、クレジットカード付帯の海外旅行傷害保険などの他の保険契約の有無などについてご記入ください。</p> <p>＜書類の送付先＞<br/>〒164-8790 東京都中野区東中野3-14-20<br/>中野郵便局留 チューリッヒ保険会社<br/>損害サービス本部 ドキュメントセンター宛</p> |
| 旅券（パスポート）のコピー<br>名前とパスポートNo.のページと<br>日本入出国スタンプ欄 | ●                   | ●                   | ●                         | ●                   | ●                   | ●                | ●                                    | ●                                              | ●                               | ●             | <p>自動化ゲートをご利用の場合、旅行の日程表と航空券の写しをご提出ください。本籍が記載されている部分は、黒く塗りつぶしてご提出ください。</p>                                                                                     |
| 事故証明書（原本）                                       | ●                   |                     | ●                         | ●                   | ●                   | ●                | ●                                    | ●                                              | ●                               | ●<br>*        | <p>事故状況などの確認のために、公的機関・交通機関・宿泊施設・医療機関などの事故の証明書をご提出ください。やむなく証明書の取付けができない場合、本紙の第三者の証明欄をご記入ください。<br/>※「旅行中の事故による緊急費用」をご請求の場合、必ず各種証明書が必要となりますのでご注意ください。</p>        |
| 盗難届出証明書（原本）                                     |                     |                     |                           |                     |                     |                  | ●                                    |                                                |                                 |               | <p>携行品の盗難事故の場合、警察署に届け出たうえで、警察署で発行された証明書をご提出ください。やむなく証明書の取付けができない場合、本紙の第三者の証明欄をご記入ください。</p>                                                                    |
| 航空会社の事故（遅延など）証明書                                |                     |                     |                           |                     |                     |                  |                                      | ●                                              | ●                               | ●             | <p>航空機の遅延などを証明する航空会社発行の証明書をご提出ください。取付けができない場合、航空券または搭乗券の半券など航空券の利用日時が確認できる書類をご提出ください。</p>                                                                     |
| 医師の診断書                                          | ○                   | ○                   | ○                         | ●<br>対人             | ●                   | ●                |                                      |                                                |                                 |               | <p>医療機関所定の診断書または保険金請求書の診断書欄をご利用いただくことも可能です。ご請求額が10万円を超える場合、原則取付けが必要となります。</p>                                                                                 |
| 後遺障害診断書・レントゲンフィルムなど<br>（日本の医師が発行した後遺障害診断書）      |                     |                     | ●                         | ○<br>対人             |                     |                  |                                      |                                                |                                 |               | <p>後遺障害保険金をご請求される場合、症状が固定した時点または受傷日から180日を経過した時点でご提出ください。</p>                                                                                                 |
| 死亡診断書または死体検案書                                   | ●                   | ●                   |                           | ○<br>対人             |                     | ○                |                                      |                                                |                                 |               | <p>死亡保険金（死亡に関する費用などを含む）をご請求される場合、ご提出ください。</p>                                                                                                                 |
| 遭難発生および捜索活動の証明書類                                |                     |                     |                           |                     |                     | ●                |                                      |                                                |                                 |               | <p>遭難事故などが発生し、救援費用をご請求いただく場合、必要となります。</p>                                                                                                                     |
| 除籍謄本および法定相続人の戸籍謄本                               | ●                   | ●                   |                           |                     |                     |                  |                                      |                                                |                                 |               | <p>死亡保険金を請求される場合、法定相続人となる方の確認のためにご提出ください。</p>                                                                                                                 |
| 委任状                                             | ○                   | ○                   | ○                         | ○                   | ○                   | ○                | ○                                    | ○                                              | ○                               | ○             | <p>保険金のご請求を第三者に委任される場合または法定相続人が複数で代表の方に委任される場合にご提出ください。</p>                                                                                                   |
| 印鑑証明書（3ヶ月以内に発行したもの）                             | ○                   | ○                   | ○                         |                     |                     |                  |                                      |                                                |                                 |               | <p>当社が提出をお願いした場合、保険金請求者の確認のためにご用意ください。</p>                                                                                                                    |
| 治療費用の領収書・明細書・<br>レシート（原本）                       |                     |                     |                           | ●<br>対人             | ●                   |                  |                                      |                                                |                                 |               | <p>ご負担された治療費の確認のため、領収書・レシートの原本をご提出ください。</p>                                                                                                                   |
| 修理見積書・修理費用の領収書<br>（修理不能の場合、修理不能を証明する書類）         |                     |                     |                           | ●<br>対物             |                     |                  | ●                                    |                                                |                                 |               | <p>損害状況・修理内容・修理金額を確認できる書類の原本をご提出ください。</p>                                                                                                                     |
| 破損品購入時の領収書・明細書・<br>レシート（原本）                     |                     |                     |                           | ●<br>対物             |                     |                  | ●                                    |                                                |                                 |               | <p>損害品の購入時期と購入金額の確認のために領収書・保証書をお持ちの場合、ご提出ください。</p>                                                                                                            |
| 損傷物の写真または損傷物                                    |                     |                     |                           | ●<br>対物             |                     |                  | ●                                    |                                                |                                 |               | <p>損害状況などを確認するために損傷部分の写真をご提出ください。</p>                                                                                                                         |
| 負担された費用の領収書・明細書・<br>レシート（原本）（治療費以外）             |                     |                     |                           | ○                   | ○                   | ●                |                                      | ●                                              | ●                               | ●             | <p>治療費以外の費用をご請求される場合、その金額や内容を確認するために領収書の原本をご提出ください。</p>                                                                                                       |
| 示談書<br>損害賠償金の支払いを証明する書類                         |                     |                     |                           | ●                   |                     |                  |                                      |                                                |                                 |               | <p>被害者と示談が成立したときにご提出ください。損害賠償責任額の決定には事前に当社の承認が必要となります。示談書が作成できない場合、念書・領収書などにより示談書に代えることができますので、担当者へご相談ください。</p>                                               |
| レンタル品・賃貸業者からの賃貸契約書<br>または賃貸契約領収書                |                     |                     |                           | ○<br>対物             |                     |                  |                                      |                                                |                                 |               | <p>損害額の確認のために必要となります。損害品の賠償額は、時価額が限度になります。ご請求いただいた金額をお支払いできない場合もございますので、ご了承ください。</p>                                                                          |
| その他、必要に応じて当社が依頼する<br>書類                         | ●                   | ●                   | ●                         | ●                   | ●                   | ●                | ●                                    | ●                                              | ●                               | ●             | <p>事故内容により一部の書類の省略または追加書類の提出をお願いする場合があります。</p>                                                                                                                |

●は必ずご提出いただく書類です。○はお支払いする保険金の内容により当社からご提出をお願いする書類です。

\* 公的機関・交通機関・旅行会社・ツアーコンダクター・宿泊施設・医療機関などの事故証明書が必要です。

## 保険金ご請求の手続き

## 保険金をお支払いするまでの流れ



## 保険金のお支払い時期について

当社は、保険金請求に必要な書類をすべて受領した日(「請求完了日」といいます)から、その日を含めて30日以内に保険金をお支払いするために必要な照会や調査を終え、保険金をお支払いいたします。ただし、下記の特別な照会や調査が必要な場合、請求完了日からその日を含めて下表に定めるいずれかの日数以内に保険金をお支払いいたします。その際は、確認が必要な事項およびその確認を終えるべき時期を当社からご通知します。保険金の支払期限を超えてお支払いする(遅滞する)場合、保険金に加えて「遅延利息」をお支払いします。なお、ご不明な点がございましたら、当社担当サービスセンターまでお問合わせください。

## 特別な照会または調査が必要な場合の延伸日数

| 特別な照会または調査*1*2                                         | 日数*3 |
|--------------------------------------------------------|------|
| ① 警察・検察・消防などの公の機関による捜査・調査結果の照会                         | 180日 |
| ② 医療機関・検査機関・その他の専門機関による診断・鑑定などの結果の照会                   | 90日  |
| ③ 後遺障害の内容・程度を確認するため、医療機関による診断、専門機関による審査などの結果の照会が不可欠な場合 | 120日 |
| ④ 災害救助法(昭和22年法律第118号)が適用された災害の被災地域における調査               | 60日  |
| ⑤ 日本国外における調査(日本国内において調査手段がない場合)                        | 180日 |

\*1 上記の特別な照会・調査の内容・その期日については、ご契約内容や事故によって異なります。

\*2 複数に該当する場合、そのうち最長の日数とします。

\*3 必要な調査にお客様のご協力を得られないために調査・確認が遅延した期間または保険金のお支払いの手続きができない期間は、支払期限を定めた日数には含まれません。