

OVERSEAS TRAVEL INSURANCE CLAIM FORM

海外旅行保険金請求書兼状況報告書(裏面診断書)兼お客さまに関する情報の取扱同意書

富士火災海上保険株式会社 宛
TO: The Fuji Fire and Marine Insurance Co., Ltd.

(注意) ①②⑧は、必ず記入してください。

③～⑦⑨は、事故の内容により該当欄に記入してください。

本書の記載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。保険金請求にあたり、下記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、本書の写真複写も本書と同じ効力があるものと認めます。

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. A photocopy of this form shall be considered as valid as the original.

被保険者を診療又は治療した全ての病院、医師及び関係者が、保険会社又はその指名する者に、被保険者に関する全ての疾病、傷害の記録を提供することを、承認いたします。I hereby authorize any hospital, physician, or other person who has attended or examined me, to furnish to the company or to authorized representative, any and all information with respect to any sickness or injury, medical history, consultation, prescriptions or treatment and copies of all hospital or medical records.

• 同一の損害または費用に対して、本保険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、共済契約その他いかなる名称であるかを問わず、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を受けた場合には、保険契約で定められた保険金等を超えた額について、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（貴社または他の保険契約等の保険会社・共済から返還方法の指定があった場合には、その方法に従います）。
また、他の保険契約がある場合、貴社がその保険契約等の損害保険会社・共済等に対して貴社の負担部分を超える額を求償することに同意します。

• 「お客さまの個人情報の取扱いについて」に記載の事項を確認し、貴社または貴社が依頼した者が、適切かつ迅速な保険金の支払や求償、各種商品・サービスの提供等、業務上必要な範囲で、私（被保険者）の各種情報等（治療の内容・症状を確認するための診断書等の医療情報、損害や事故状況等を確認するための証拠書類、相続人等を確認するための官公庁が発行する書類等）を取得・利用および提供・委託することに同意します。

保険金請求者は被保険者（保険の対象となる方）ご本人です。
被保険者が未成年の場合、親権者の方がご請求願います。

請求日 20 年 月 日

1 CERTIFICATE OR POLICY NO. (契約証・証券番号)	NAME / SIGNATURE 記名押印もしくは署名		RELATION WITH THE INSURED 被保険者との関係	ADDRESS 住所 〒
	DATE OF BIRTH 生年月日 年 月 日		SEX 性別 男M・女F	TEL 勤務先・自宅・携帯
	OCCUPATION 職業		PLACE OF EMPLOYMENT 勤務先	TEL
	NAME 氏名 (保険金請求者と同じ場合記入不要) NOT NECESSARY WHEN THE CLAIMANT IS THE INSURED		ADDRESS 住所 〒	TEL

2 DETAILS OF ACCIDENT OR SICKNESS	DATE & TIME 日時	PLACE 場所
	CIRCUMSTANCES 状況	

↓以下事故の種類に応じて該当欄にご記入ください。

3 ACCIDENT/SICKNESS	NATURE & CONDITION OF INJURY OR SICKNESS 傷害または疾病名及び症状		HAVE YOU HAD ANY PRIOR TREATMENT FOR THIS CONDITION? <input type="checkbox"/> YES はい <input type="checkbox"/> NO いいえ 以前に本症状に関して治療を受けたことがありますか？	
	NAME & ADDRESS OF HOSPITAL OR DOCTOR 病院または医師の住所・氏名 TEL		IF SO, WHEN? いつですか? 年 月～ 年 月	
	Transportation Expenses 入院または通院のための交通費		<input type="checkbox"/> 負担あり <input type="checkbox"/> 負担なし	
	交通機関	利用日	区間・経路・日数	金額

◆公共交通機関の場合は、区間と日数を記入してください。
◆タクシーの場合は、領収書を添付してください。

4 BAGGAGE/HOUSEHOLD GOODS	DAMAGED ITEM 品名及び銘柄	QUANTITY 数量	DATE PURCHASED 購入年月日	PLACE PURCHASED 購入先	ACTUAL COST 購入価額	会社使用欄
	携行品・生活用動産					
					¥	
					¥	
					¥	
					¥	
	IN CASE OF FIRE, BURGLARY, THEFT ETC., THE NAME OF THE GOVERNMENT AUTHORITY REPORTED. 火災、盗難等の場合、届出官公署名				合計¥	

5 賠償事故 PROPERTY DAMAGE/ROBBERY/INJURY	NAME OF OWNER/NAME OF INJURED 所有者/負傷者氏名	ADDRESS 住所	TEL
	KIND OF PROPERTY AND EXTENT OF DAMAGE 財物の種類、損害の程度	HOSPITAL OR DOCTOR 病院、医師氏名	NATURE OF INJURY 傷害名
	AMOUNT CLAIMED 請求金額 円	ADDRESS 住所	TEL

6 OTHER その他	RESCUER'S EXPENSES, FLIGHT DELAY, ALTERATION EXPENSES, ACCIDENTAL EXPENSES, BAGGAGE DELAY etc 救護者費用、航空機遅延費用、旅行変更費用、旅行事故費用、航空機寄託手荷物遅延等費用など			
	支出した項目	購入日時・支出日時	内 容	金 額
				\$ ¥
				\$ ¥
				\$ ¥
				\$ ¥
旅行変更費用、クルーズ旅行取消費用のご請求の場合、以下もご記入ください。				
旅行代金	予定されていた旅行日程	旅行を取りやめた日	取消料、違約金等	
	年 月 日～ 年 月 日			

7	第三者の証明 (CERTIFICATE OF THE THIRD PERSON) (上記の事実を証明されるご本人が署名・捺印ください)
ADDRESS 〒 住所	
NAME 氏名	(印)
TEL 勤務先・自宅・携帯	
RELATION WITH THE INSURED 被保険者との関係	

8	他の保険契約等についてお答えください この事故で同一の損害または費用に対して保険金を支払う他の保険契約等がありましたら、ご記入ください。 他の保険契約等が (ある ・ ない)																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>保険会社等(注)の名称</th> <th>証券番号</th> <th colspan="2">保険請求の有無</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td>請求済み</td> <td>未請求</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>請求済み</td> <td>未請求</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>請求済み</td> <td>未請求</td> </tr> </tbody> </table>	保険会社等(注)の名称	証券番号	保険請求の有無				請求済み	未請求			請求済み	未請求			請求済み	未請求
保険会社等(注)の名称	証券番号	保険請求の有無															
		請求済み	未請求														
		請求済み	未請求														
		請求済み	未請求														
	(注) クレジットカードに付帯の保険契約等についても保険会社等をご記入ください。																
	(ご注意) 上記の重複契約がある場合、お客さまが保険金を請求される方法は二つあります。																
	① 弊社のみ に保険金を請求される方法 弊社のご契約に基づいてお支払いができる支払責任額の全額をお支払いします。その後、弊社から他の保険会社等に対し、分担額の請求を行います。ただし、次の場合などは他の保険会社等へも保険金をご請求していただく必要があります。 (a) 弊社のご契約による保険金だけでは損害額に満たない場合、(b) 他社の保険契約等に弊社でお支払いすることができない固有の補償がある場合、(c) 保険契約によって損害額認定方法が異なる場合。 なお、他の保険会社等に対して、弊社の負担部分を越える額を求償するために必要なお客さまの情報(契約の内容、事故内容、支払保険金等に関する情報)を、弊社と他の保険会社等とで相互に提供、利用いたします。																
	② 弊社と他の保険会社等の両方 に保険金を請求される方法 それぞれの保険会社等で分担してお支払いします。 いずれの方法でも、保険契約で定められた保険金等の額を超過して(重複して)支払いを受けることはできません。どちらの請求方法をとられるか弊社担当者までお知らせいただきますようお願いいたします。																

9 保険金支払指図欄	<input type="checkbox"/> I HEREBY WISH TO RECEIVE INSURANCE BENEFIT BY REMITTANCE TO THE BANK ACCOUNT BELOW ① 保険金は下記銀行口座へお振込ください。振込をもって支払いがなされたものと認めます。																																																																															
	<table border="1"> <tr> <td>BANK 銀行 信用金庫</td> <td>フリガナ</td> <td>DEPOSITOR'S NAME □座名義</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>BRANCH 支店</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>DEPOSIT 普通(総合)・ 当 座</td> <td>BRANCH NO. 店番号</td> <td>ACCOUNT NO. 口座番号</td> <td colspan="10">ゆうちょ銀行へのお支払いの場合はこちらへ通帳記号と通帳番号を記入してください</td> <td>ゆうちょ 銀行</td> <td>通 帳 記 号</td> <td>通 帳 番 号</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	BANK 銀行 信用金庫	フリガナ	DEPOSITOR'S NAME □座名義																					BRANCH 支店																			DEPOSIT 普通(総合)・ 当 座	BRANCH NO. 店番号	ACCOUNT NO. 口座番号	ゆうちょ銀行へのお支払いの場合はこちらへ通帳記号と通帳番号を記入してください										ゆうちょ 銀行	通 帳 記 号	通 帳 番 号																					
	BANK 銀行 信用金庫	フリガナ	DEPOSITOR'S NAME □座名義																																																																													
			BRANCH 支店																																																																													
DEPOSIT 普通(総合)・ 当 座	BRANCH NO. 店番号	ACCOUNT NO. 口座番号	ゆうちょ銀行へのお支払いの場合はこちらへ通帳記号と通帳番号を記入してください										ゆうちょ 銀行	通 帳 記 号	通 帳 番 号																																																																	
<input type="checkbox"/> ② 提携修理業者へ直接支払ってください。(スーツケース等修理サービスご利用の場合)																																																																																

TO : ATTENDING PHYSICIAN

PLEASE CONTACT THE NEAREST FUJI CLAIM AGENT WHICH IS SHOWN IN THE BOOKLET THE INSURED BEARS.

FUJI WILL PAY THE MEDICAL EXPENSES ON BEHALF OF THE INSURED.

被保険者の持っているブックレット（約款集）に富士火災の連絡先が記載されていますので、ご連絡ください。治療費用は被保険者に代わって富士火災よりお支払いいたします。

富士火災海上保険株式会社 宛

TO: The Fuji Fire and Marine Insurance Co., Ltd.

ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT 診断書

PATIENT'S NAME 患者氏名		PATIENT'S DATE OF BIRTH 患者生年月日	
DATE OF ILLNESS (FIRST SYMPTOM) OR INJURY 症状が現れた日		IS CONDITION DUE TO PREGNANCY? 妊娠による疾病ですか？ <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
DATE THE PATIENT FIRST CONSULTED YOU FOR THIS CONDITION 初診日		DESCRIBE ANY OTHER DISEASE AFFECTING PRESENT CONDITION 他の疾患の影響はありますか？	
HAS PATIENT EVER HAD SAME OR SIMILAR SYMPTOMS? 患者は以前に同様の症状を訴えたことがありますか？ <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		IF YES, GIVE APPROX. DATE いつ頃でしょうか？ IF YES, DID PATIENT RECEIVE ANY TREATMENT FOR PRIOR SYMPTOMS? 以前の症状で実際に治療を受けましたか？	
GIVE THE DATE OF YOUR TREATMENT 治療の期間		FROM TO <input type="checkbox"/> OUT PATIENT 外来 <input type="checkbox"/> HOME VISIT 往診 DATE	
STATE DIAGNOSIS OR NATURE OF ILLNESS OR INJURY 傷病名および経過			
NAME & ADDRESS OF FACILITY WHERE SERVICES WERE RENDERED (IF OTHER THAN HOME OR OFFICE) 他の機関で治療を受けたならば、その住所、病院名			DATE OF TRANSFER 転医日 DATE(日):
DATE OF RECOVERY 治癒日			
WAS PROFESSIONAL NURSING REQUIRED? 職業看護師の付添が必要でしたか？ <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO FROM TO 自 至			
FULLY DESCRIBE PROCEDURES, MEDICAL SERVICES OR SUPPLIES FURNISHED 治療内容を記述してください		CHARGES 治療費用	DATE OF SERVICE 治療日
			AMOUNT PAID 受領済金額 \$ ¥
			BALANCE DUE 未受領金額 \$ ¥
TOTAL CHARGE 合計		\$ ¥	
(C).....CONSULTATION 診察 (X).....X-RAY EXAM X線検査 (OT).....OTHERS その他	(L).....LABORATORY TEST 諸検査 (M).....MEDICINES 医療費	(S).....SURGERY 手術 (A).....ANAESTHETICS 麻酔費	
DATE 日付			
ADDRESS 住所、TEL		SIGNATURE 署名 ATTENDING PHYSICIAN 担当医	

— お客さまの個人情報の取扱いについて —

弊社は、お預りした個人情報について次に定めるとおり、適切に取扱うとともに、その安全管理に努めます。

今回の事故および保険請求に関する個人情報を、下記をはじめとした弊社プライバシーポリシー(*)に定める目的に利用いたします。また、その目的の範囲内で、個人情報を外部に提供・委託することがありますが、下記をはじめとした弊社プライバシーポリシー(*)に定める目的以外には一切利用いたしませんのでご安心ください。弊社が、取得した個人情報を利用・提供・委託することにつき、下記の内容とその趣旨をご理解の上、あらかじめご同意いただきますようお願い申し上げます。

弊社がお客さまの個人情報を取得・利用する目的	<ul style="list-style-type: none">●今回のご請求に関わる保険事故の調査（関係先への照会、交通事故証明書等の申請、法令に基づく他の保険会社等の情報取得等を含む）●今回のご請求に関わる保険金の支払い●日本におけるAIGグループ会社および提携先が提供する商品・サービス等のご案内●保険制度の健全な運営●弊社が行う債権回収
弊社がお客さまの個人情報を外部に提供・委託する場合	<ul style="list-style-type: none">●円滑な事故対応や求償等、上記の目的を達成するために必要な範囲で、事故当事者、事故当事者の関係する保険会社等、扱代理店、修理業者、医療機関、警察署、裁判所、消防署、健康保険組合、質権設定されている契約については質権者および業務委託先等に提供する場合●保険契約の適切な引き受け、保険金の適正な支払い、および不適切な保険金の請求等の発生を未然に防ぎ、保険制度の健全な運営を図るため、一般社団法人日本損害保険協会への登録等による損害保険会社等との共同利用および損害保険料率算出機構との共同利用をする場合●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等に必要の場合●日本におけるAIGグループ会社および提携先が提供する商品・サービス等をご案内する場合●上記の目的を達成するために必要な業務の全部または一部を日本におけるAIGグループ会社、提携先および代理店等に委託する場合●法令により必要と判断される場合
他の保険契約等がある場合	<ul style="list-style-type: none">●他の保険契約等がある場合、その保険契約等の損害保険会社等に対して弊社の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、事故、支払保険金等に関する情報）を、弊社がその損害保険会社等へ提供すること、また、その損害保険会社等から提供を受け、利用すること。その損害保険会社等が弊社へ提供すること、また、弊社から提供を受け、利用すること。

*上記以外の個人情報の取扱い、利用目的、関連会社等の範囲、その他個人情報に関する詳細は、弊社ウェブサイト (<http://www.fujikasai.co.jp/>) をご覧いただくか、弊社社員にお問い合わせください。

なお、個人情報の提供はお客さまのご意思によりですが、保険金のお支払いにあたって必要な情報をご提供いただけない場合は、保険金のお支払いに支障をきたすことがありますので留意ください。

また、傷害医療火災新種保険種目（賠償責任保険・労災保険・保証信用保険等）で、お客さまより相手方や従業員の個人情報を、弊社にご提供いただく場合には、正当な手段により取得し、本人の同意を得た上でご提供ください。

記入例

(表面)

OVERSEAS TRAVEL INSURANCE CLAIM FORM

海外旅行保険金請求書兼状況報告書(表面診断書)兼お客さまに関する情報の取扱い同意書

富士火災海上保険株式会社 宛
TO: The Fuji Fire and Marine Insurance Co., Ltd.

(※) 112は、必ず記入してください。
③~⑦は、事故の内容により該当欄に記入してください。

本書の記載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。保険金請求にあたり、下記項目について保険金請求者の署名をもって同意いたします。なお、本書の写しを提出する場合は必ず印字されたものを提出してください。
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 thereon. A photocopy of this form shall be considered as valid as the original.

他の保険契約がある場合、貴社がその保険契約等の損害保険会社・共済等に対して貴社の負担部分を超える額を請求することに同意します。
また、他の保険契約がある場合、貴社がその保険契約等の損害保険会社・共済等に対して貴社の負担部分を超える額を請求することに同意します。
(持客さまの個人情報取扱いについて) 上記の事項を確認し、貴社または貴社が依頼した者が、適切かつ迅速な保険金の支払や損害、各種商品・サービスの提供等、業務上必要に応じて、私(被保険者)の各種情報等(治療の状況) 症状を診断するための診断書等の医療情報、損害や事故状況等を診断するための診断書、病院入等を提出するための同意書(同意書)を取得・利用および提供・委託することに同意します。

保険金請求者は被保険者(保険の対象となる方)ご本人です。
被保険者が未成年の場合、親権者の方がご請求願います。

1 CERTIFICATE OF POLICY NO. 00-000000
NAME / SIGNATURE 富士 太郎
RELATION WITH THE INSURED 本人
ADDRESS 住 所 大阪府中央区南船場△-○-○
DATE OF BIRTH (日)△△年 ○月 ○日
OCCUPATION 会社員
PLACE OF EMPLOYMENT 〇〇株式会社

2 DATE & TIME 20△△年○月○日
PLACE ホノルル
CIRCUMSTANCES 空港で電話中に置いていたビデオカメラをひったかれ、その場に転んで右足首を怪我しました。

3 NATURE & CONDITION OF INJURY OR SICKNESS 捻挫
HAVE YOU HAD ANY PRIOR TREATMENT FOR THIS CONDITION?
AMOUNT CLAIMED \$25.00
TRANSPORTATION EXPENSES 入院または通院のための交通費

4 DAMAGED ITEM 〇〇製ビデオカメラ
QUANTITY 1
DATE PURCHASED 20△△年○月
PLACE PURCHASED 〇〇電器店
ACTUAL COST \$150,000
TOTAL \$150,000

(ご注意)

- 1. お名前には必ずフリガナを付けてください。
2. 海外での治療費立替支払分については請求書と領収書を添付してください。
3. 診断書欄は現地の病院で記入してもらってください。病院備え付けの診断書でも結構です。
4. 日本での治療費の請求については診断書、請求書および領収書が必要です。
5. 携行品が破損した場合は、写真、見積書または全損証明書を添付してください。
6. 携行品の盗難の場合には、警察レポートまたは、第三者の証明書を添付してください。
7. 場合によりましては追加の書類等をご提出いただくこともございます。

海外で保険金請求の場合、押印はパスポートと同じサインをすることにより省略できます。

具体的にご記入ください。

品目の多い場合は別紙(レポート用紙等)に記入してください。

他に同種の保険契約等がある場合、クレジットカード(同種の保険が付帯されていることがあります)をお持ちの場合はご記入ください。

国内で保険金を請求される場合は、必ず保険金支払口座をご指定ください。

(中面)

5 NAME OF OWNER/NAME OF INJURED 持客/負傷者氏名
KIND OF PROPERTY AND EXTENT OF DAMAGE 財物の種類、損害の程度
AMOUNT CLAIMED \$25.00

6 RESCUERS EXPENSES, FLIGHT DELAY, ALTERNATION EXPENSES, ACCIDENTAL EXPENSES, BAGGAGE DELAY etc.
旅行代金、クルーズ旅行代金等の請求の場合、以下もご記入ください。

7 第三者の証明 (CERTIFICATE OF THE THIRD PERSON)
(上記の事実を証明されるご本人が署名・捺印ください)
NAME 花子
RELATION WITH THE INSURED 友人

8 他の保険契約等についてお答えください
この事故で同一の損害または費用に対して保険金を支払う他の保険契約等がありましたら、ご記入ください。

9 I HEREBY WISH TO RECEIVE INSURANCE BENEFIT BY REMITTANCE TO THE BANK ACCOUNT BELOW
DEPOSITOR'S NAME 富士 太郎

医師に書類を請求する場合の外国語

医師の方に
保険金請求のために診断書、治療明細書、治療請求書または領収書作成をお願いします。

(英語) To the Attending Doctor of Medicine
Please provide the insured with diagnosis information, itemized bill, and a receipt/your bill in order to help the insured to file a claim.
Thank you.

(独語) An den behandelnden Arzt:
Wir bitten um Aufstellung einer Diagnose und der Behandlungen sowie Ihre Kostenrechnung zur Vorlage bei der Versicherungsgesellschaft.

(仏語) Au médecin
Veuillez avoir l'obligeance de remettre au porteur du présent certificat, votre diagnostic ainsi que la description détaillée du traitement medical. Par la même occasion, veuillez également lui remettre le rucu du montant de vos honoraires, afin de lui permettre un remboursement rapide par sa compagnie d'assurance, des frais engagés.

(スペイン語) Estimado Doctor:
Sirvase expedirme un certificado medico con sus especificaciones junto con el recibo de pago para presentarlo a la oficina de seguros para su correspondiente reclamo. Atentamente.

(中国語) 各位大夫
为了向保险公司要求保险金付款, 请您给我开一张诊断书, 治疗明细书, 治疗帐单儿, 或收据。谢谢。