

7

AUTHORIZATION

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, A PHOTO-STATIC COPY OF THIS AUTHORIZATION SHALL BE CONSIDERED AS EFFECTIVE AND VALID AS THE ORIGINAL.

同意書

被保険者を診察または治療したすべての病院、医師および関係者が、保険会社またはその指名する者に、被保険者に関するすべての疾病、傷害の記録を提供することを、下記署名人は承認いたします。なお、本書の写も本書と同じ効力があるものと認めます。

SIGNATURE OF INSURED OR CLAIMANT 被保険者または保険金請求者の署名捺印

ADDRESS 住所

NAME 氏名



TO: ATTENDING PHYSICIAN

PLEASE CONTACT THE NEAREST CENTER AS THE INSURER'S CLAIMS AGENT WHICH IS SHOWN IN THE BOOKLET THE INSURED BEARS WITH HIM/HER. THE INSURER WILL PAY THE MEDICAL EXPENSES ON BEHALF OF THE INSURED.

被保険者がお持ちの海外旅行傷害保険ハンドブックに保険会社のサービスセンター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って保険会社よりお支払いいたします。

ニューインディア保険会社 御中 ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT 診断書

Form for Attending Physician's Statement, including fields for patient name, date of birth, date of illness, and a detailed table for charges and services.

キ
リ
ト
リ
線

7

AUTHORIZATION

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, A PHOTO-STATIC COPY OF THIS AUTHORIZATION SHALL BE CONSIDERED AS EFFECTIVE AND VALID AS THE ORIGINAL.

同意書

被保険者を診察または治療したすべての病院、医師および関係者が、保険会社またはその指名する者に、被保険者に関するすべての疾病、傷害の記録を提供することを、下記署名人は承認いたします。なお、本書の写も本書と同じ効力があるものと認めます。

SIGNATURE OF INSURED OR CLAIMANT 被保険者または保険金請求者の署名捺印

ADDRESS 住所

NAME 氏名



TO: ATTENDING PHYSICIAN

PLEASE CONTACT THE NEAREST CENTER AS THE INSURER'S CLAIMS AGENT WHICH IS SHOWN IN THE BOOKLET THE INSURED BEARS WITH HIM/HER. THE INSURER WILL PAY THE MEDICAL EXPENSES ON BEHALF OF THE INSURED.

被保険者がお持ちの海外旅行傷害保険ハンドブックに保険会社のサービスセンター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って保険会社よりお支払いいたします。

ニューインディア保険会社 御中 ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT 診断書

Form for Attending Physician's Statement, including fields for patient name, date of birth, date of illness, and a detailed table for charges and services.

病
気
、
ケ
ガ
の
場
合
の
み
ご
記
入
し
て
く
だ
さ
い
。

住
所
は
日
本
の
現
住
所
を
ご
記
入
し
て
く
だ
さ
い
。

捺
印
は
ロ
マ
字
で
サ
イ
ン
を
す
る
こ
と
で
省
略
で
き
ま
す
。

→ 現地の病院で記入してもらって
ください。病院備付けの診断書
でも結構です。