

保険金請求書記入例

OVERSEAS TRAVEL ACCIDENT INSURANCE CLAIM FORM 海外旅行傷害保険金請求書兼状況報告書(裏面診断書)

ニューインディア保険会社 御中
TO:The New India Assurance Co.Ltd.

(Purpose of use of personal information)
Customers' personal information will be used in order for us to decide claim acceptance, take action for the accident (including inquiry to and from companies concerned, survey of facts, and confirmation with other non-life insurance companies), and to proceed with claim payment.

(個人情報の利用目的)
お客様の個人情報につきましては、保険引受の判断、保険事故への対応(関係先への照会等の事実関係の調査や関係する損害保険について損害保険会社間の確認を含みます。)、保険金のお支払いを行うために利用させていただきます。

(注意) ①②は、必ずご記入ください。
③は、保険金を直接病院等へ支払う場合に署名捺印してください。
④-⑥は、事故の内容により該当欄にご記入ください。

① CERTIFICATE OR POLICY NO. (契約証・証券番号) 他に同種の保険契約等がありますか? 20 年 月 日

INSURED 被保険者
NAME 氏名 Yuhiko Suzuki AGE 年齢 20 SEX 性別 女 ADDRESS 住所 Nananishi-cho Tokyo OCCUPATION 職業 PLACE OF EMPLOYMENT 勤務先

CLAIMANT 請求者
NAME 氏名 (被保険者と同じ場合は記入不要) ADDRESS 住所 NOT NECESSARY WHEN THE INSURED FILES A CLAIM

③ POWER OF ATTORNEY
I HEREBY APPOINT THE PHYSICIAN OR THE HOSPITAL AS MY REPRESENTATIVE TO FILE THE MEDICAL EXPENSE CLAIM FOR MY INJURY (OR SICKNESS).
委任状
私は、私を治療した病院・医師を代理人と定め、その事故(疾病)に係る保険金の請求および受領に関する一切の権限を委任します。
Chihiko Suzuki
SIGNATURE OF INSURED 被保険者の署名

② DETAILS OF ACCIDENT OR SICKNESS
DATE & TIME 日時 2014/01/15 PLACE 場所 St. Paul
CIRCUMSTANCES 状況 旅行中、ホテルに滞在しているときに、急に腹痛があり、病院で治療を受けた。

④ NATURE & CONDITION OF INJURY OR SICKNESS 傷病名および症状
急性胃炎
NAME & ADDRESS OF HOSPITAL OR DOCTOR 病院名または医師の氏名・住所 St. Paul Hospital
DOCTOR FEE \$ 治療費・手術費等 ¥ 200
AMBIULANCE \$ 緊急移送費・移転費 ¥ 80
TOTAL AMOUNT \$ 合計 ¥ 280

⑤ BAGGAGE 携行品損害
DAMAGED ITEM 品名およびメーカー・ブランド等 QUANTITY 数量 DATE PURCHASED 購入年月日 PLACE PURCHASED 購入先 ACTUAL COST 購入価額(単価) TOTAL 合計金額

⑥ LIABILITY 賠償事故
PROPERTY DAMAGE 財物損害
NAME OF OWNER 所有者氏名 ADDRESS 住所
KIND OF PROPERTY AND EXTENT OF DAMAGE 財物の種類、損害の程度 AMOUNT CLAIMED 請求金額 ¥

BODILY INJURY 人身損害
NAME OF INJURED 負傷者の氏名 ADDRESS 住所
HOSPITAL OR DOCTOR 病院名・医師の氏名 NATURE OF INJURY 傷害名

⑦ 保険金支払先
Since I confirm the above contents are true and correct, I will claim the money and ask you to proceed with payment as instructed below.
上記の内容が事実と相違ないことを確認し、保険金を請求しますので、下記支払先のとおり支払ってください。
※⑦の請求者、被保険者と同じ住所・氏名の場合はご記入不要です。 ※店番号・フリガナも必ずご記入ください。
〒100-0000 西新宿 1-2-3
フリガナ 西新宿 123
住所 西新宿 1-2-3-4-5-6-7
氏名 西沢 吉子

①②はローマ字でご記入してください

他に同種の保険契約等がある場合は必ずご記入してください。

捺印はローマ字でサインをすることで省略できます。

住所は日本の連絡先住所をご記入してください。

海外でキャッシュレスサービスを受ける場合はご記入してください。

病気、ケガの場合
(携行品損害の場合、または賠償の場合も具体的にご記入してください。)

病気またはケガの場合

携行品損害の場合
※破損の場合は、写真、見積書を添付してください。
※盗難の場合は盗難証明を添付してください。

賠償事故の場合

国内で保険金をご請求される場合は、必ず保険金支払口座をご指定ください。

OVERSEAS TRAVEL ACCIDENT INSURANCE CLAIM FORM 海外旅行傷害保険金請求書兼状況報告書(裏面診断書)

ニューインディア保険会社 御中
TO:The New India Assurance Co.Ltd.

(Purpose of use of personal information)
Customers' personal information will be used in order for us to decide claim acceptance, take action for the accident (including inquiry to and from companies concerned, survey of facts, and confirmation with other non-life insurance companies), and to proceed with claim payment.

(個人情報の利用目的)
お客様の個人情報につきましては、保険引受の判断、保険事故への対応(関係先への照会等の事実関係の調査や関係する損害保険について損害保険会社間の確認を含みます。)、保険金のお支払いを行うために利用させていただきます。

(注意) ①②は、必ずご記入ください。
③は、保険金を直接病院等へ支払う場合に署名捺印してください。
④-⑥は、事故の内容により該当欄にご記入ください。

① CERTIFICATE OR POLICY NO. (契約証・証券番号) 他に同種の保険契約等がありますか? 20 年 月 日

INSURED 被保険者
NAME 氏名 AGE 年齢 SEX 性別 ADDRESS 住所 TEL
生年月日(西暦) 年 月 日

CLAIMANT 請求者
NAME 氏名 (被保険者と同じ場合は記入不要) ADDRESS 住所 NOT NECESSARY WHEN THE INSURED FILES A CLAIM

③ POWER OF ATTORNEY
I HEREBY APPOINT THE PHYSICIAN OR THE HOSPITAL AS MY REPRESENTATIVE TO FILE THE MEDICAL EXPENSE CLAIM FOR MY INJURY (OR SICKNESS).
委任状
私は、私を治療した病院・医師を代理人と定め、その事故(疾病)に係る保険金の請求および受領に関する一切の権限を委任します。
SIGNATURE OF INSURED 被保険者の署名

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

④ NATURE & CONDITION OF INJURY OR SICKNESS 傷病名および症状
NAME & ADDRESS OF HOSPITAL OR DOCTOR 病院名または医師の氏名・住所
DOCTOR FEE \$ 治療費・手術費等 ¥
AMBIULANCE \$ 緊急移送費・移転費 ¥
OTHERS \$ その他 ¥
TOTAL AMOUNT \$ 合計 ¥

⑤ BAGGAGE 携行品損害
DAMAGED ITEM 品名およびメーカー・ブランド等 QUANTITY 数量 DATE PURCHASED 購入年月日 PLACE PURCHASED 購入先 ACTUAL COST 購入価額(単価) TOTAL 合計金額

⑥ LIABILITY 賠償事故
PROPERTY DAMAGE 財物損害
NAME OF OWNER 所有者氏名 ADDRESS 住所
KIND OF PROPERTY AND EXTENT OF DAMAGE 財物の種類、損害の程度 AMOUNT CLAIMED 請求金額 ¥

BODILY INJURY 人身損害
NAME OF INJURED 負傷者の氏名 ADDRESS 住所
HOSPITAL OR DOCTOR 病院名・医師の氏名 NATURE OF INJURY 傷害名

⑦ 保険金支払先
Since I confirm the above contents are true and correct, I will claim the money and ask you to proceed with payment as instructed below.
上記の内容が事実と相違ないことを確認し、保険金を請求しますので、下記支払先のとおり支払ってください。
※⑦の請求者、被保険者と同じ住所・氏名の場合はご記入不要です。 ※店番号・フリガナも必ずご記入ください。
〒100-0000 フリガナ
住所 フリガナ
氏名

キリトリ線