

海外旅行保険金請求必要書類一覧(旅行取消費用保険につきましては弊社webサイトに別掲しておりますのでご確認ください)

	治療費用		救護者費用	賠償責任 (含む自動車運転者賠償責任)		対物損害
	傷 害	疾 病		対 人	対 物	
保険金請求書	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
保険契約証または保険証券(コピー可)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
パスポートの写し (顔写真及び日本出入国スタンプの頁)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
事故証明書 (公の機関、やむを得ない場合は第三者発行のもの)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
医師の診断書	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
治療の明細及び領収書(原本)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
示談書(原本)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
損傷箇所の写真	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
損害品の購入時の価格・購入先を示す書類	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
修理見積書または領収書	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
その他関係書類及び当社が求める書類	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

※事案によって一部省略または追加書類の提出をお願いすることがあります。また、航空機遅延・手荷物遅延や死亡、後遺障害、旅行変更費用、緊急一時帰国費用をご請求の場合は、当社から保険金請求書をご案内いたしますので、当社までご連絡いただきます様お願い致します。

保険金請求書記載例

4 他の保険のご申告欄 Declaration of other insurance

他の保険契約等の有無 <input type="radio"/> なし No <input checked="" type="radio"/> あり Yes (以下の欄にご記入ください。# Yes, please fill out hereunder)					
他の海外旅行保険 Traveler's insurance other than card insurance	保険会社名 Insurer AIG	証券番号 Policy No. ○○○○○○	事故報告の有無 Notice of accident to the insurer <input type="radio"/> あり Yes <input checked="" type="radio"/> なし No <input type="radio"/> あり Yes <input type="radio"/> なし No	保険金請求書類提出の有無 Filed claims <input type="radio"/> あり Yes <input checked="" type="radio"/> なし No <input type="radio"/> あり Yes <input type="radio"/> なし No	
海外旅行保険が行われたクレジットカード Credit cards with oversea traveler's insurance					
	カード番号 Card No.		カード番号 Card No.		
	VISA	1234567890123	ANA		
	JCB		UC		
	AMEX		ダイナース		
	JAL		その他/others (カード名)		

5 傷病・携行品被害内容のご申告欄 Sickness, injury and baggage loss statement

傷病、けがの場合 Sickness & Accident	傷病名 Diagnosis 右上前部骨折	治療状況 Status of treatment (下段に終了予定時期をご記入ください) <input checked="" type="radio"/> 治療終了 <input type="radio"/> 治療中					
	病院名 Name of hosp. 東京病院	いつ頃まで From when?	いつ頃まで Until when?	病院名 Name of hosp.			
	この傷病の発症前における治療 Is this your pre-ex condition? <input checked="" type="radio"/> なし No <input type="radio"/> あり Yes ⇒右にご記入ください # Yes, please state here⇒						
	支払費目 金額 amount paid 治療実費・薬代 Consultation/medication 35,000円 通院交通費 Transportation	支払費目 金額 Amount paid その他の費用 (具体的内容金額) OTHERS (PLEASE SPECIFY)					
携行品被害の場合 Baggage	被害品名 Items	数量 Qty.	購入年月 Purchased date	購入先 Name of the shop	領収書の有無 Have receipt? Yes/no	購入価格 Actual purchase price	会社使用欄
	カメラ(ソニー)	1	2015.3	××電気	有	35,000円	
	バッグ(ノーブランド)	1	2015.3	○○商店	有	20,000円	
届出警察署名・届出日・受理番号 Name of police station, reported date and ref. No.							

Chubb損害保険株式会社 並びに 株式会社 山洋工務 行

【スーツケース修理業者紹介サービス利用同意書】

私はこのたび、Chubb損害保険株式会社の修理業者紹介サービスを利用するに当たり、以下に同意いたします。

1. Chubb損害保険株式会社の修理業者紹介サービスは、保険金請求の前提条件として、修理業者の選定に際しては必ず修理業者の個人情報を、修理業者である株式会社 山洋工務と共有すること。

2. Chubb損害保険株式会社の修理業者紹介サービスは、山洋工務により提供された場合は、私がChubb損害保険株式会社のより取り扱っていただく保険金は、Chubb損害保険株式会社の修理業者、株式会社 山洋工務の修理業者の修理口座へ支払われます。

3. 私は、自己の同意により本サービスの提供を受けるものとします。Chubb損害保険株式会社が株式会社 山洋工務を紹介したことで、Chubb損害保険株式会社に代わって、いかなる損害賠償の申し立ても致しません。

4. 本サービスの提供は、修理業者の都合により変更される場合があります。

年 月 日 保険金請求者 氏名 印

6 賠償およびその他の保険金のご申告欄 Statement for liability and other kinds of loss

●賠償事故 Liability

<input checked="" type="radio"/> 財物損害 Property damage	<input type="radio"/> 人身損害 Bodily injury	財物損害又は人身損害の種類 Damage or injury of other party	損害賠償額 Claimed amount
相手方住所・氏名 Name & Address of Other party		Mr.Davis Chariston 20153, Sunrise Dr.Burbank,CA USA TEL 807-532-1234	Spilled Carpet カーペットの汚損 350 USドル
レンタカー会社名 Name of RENT-A-CAR company	レンタル契約書番号 Rental agreement No.	レンタカー会社名・住所 Address	レンタカー車名・車種 Name of vehicle rented
登録番号 License No.			

●その他の保険金請求 Certified statement of flight & baggage delay / 支出明細 Itemized statement of expenses

事故種別・詳細 1種類のみチェックしてください。 Type of claim/Details of occurrence Please check only one box.	<input type="radio"/> 航空機遅延 Delayed flight	<input type="radio"/> 荷託手荷物 Baggage Delay	<input type="radio"/> 旅行中の緊急費用 Extra
	<input checked="" type="radio"/> 緊急一時帰国 Reunification	<input type="radio"/> 旅行変更 Alteration	<input type="radio"/> その他 Other ()
領収書番号 Receipt	費用支払いの日時 Service date & time	費用支払いの場所 Service place	費用項目 Expense item
例) 12345	例) 2012.4.2	例) 大江戸空港	例) 食料代
			支払金額 Expense paid
			例) 3,000
			合計 Total amount

治療費用などをお立替になった場合は領収書の原本を添付してください。

支払いの済んでいない現地の病院の請求書をお持ちの場合は請求書を添付してください。他の保険会社又はクレジットカード会社等にすでに原本をご提出済の場合には、ご提出先の名称・電話番号・担当者氏名の情報とともに、ご提出済書類のコピーをご添付ください。

盗難の場合

被害に遭われた時の状況を詳しくメモいただき、現地の警察に届け出を行ってください。盗難証明書をご取得の上、被害品について記入してください。

※現金、小切手等は保険の対象となりませんのでご注意ください。

【必要書類】

- 第三者の証明書
事故の確認のために次の書類のいずれが必要となります。警察の盗難証明書・旅行添乗員の証明書・同行者の証明書・航空会社の証明書・自認書(単独で旅行されている場合、第三者証明書が取れない理由と事故詳細)など
- 盗難品購入時の領収書・保証書(原本)

破損の場合

破損の状況のわかる写真をご撮影いただき、被害品についてご申告下さい。

【必要書類】

- 第三者の証明書
事故の確認のために次の書類のいずれが必要となります。旅行添乗員の証明書・同行者の証明書・航空会社の証明書・自認書(単独で旅行されている場合、第三者証明書が取れない理由と事故詳細)など
- 修理費用の見積書・領収書(原本)
- 写真(修理不能と思われた場合に破損状況が分かる写真を撮っておいてください。)
- 破損品購入時の領収書・保証書(原本)

T980-0811
宮城県仙台市青葉区一番町1-9-1 (仙台トラストタワー)
Chubb損害保険株式会社 保険金カスタマーセンター 海外旅行保険課

●保険金請求書類送付先・お問い合わせ先
日本へ帰国後の保険金請求に関するお問い合わせは下記へご連絡ください。

0120-071-313 (無料通話)

★ネット専用旅行関連サービス取消費用保険記入欄 trip cancellation loss statement

	ツアー名称・利用区間・航空会社名・ホテル名・レンタカー会社名 Tour name, Origin & destination of travel, company name of airline, hotel and rental car	旅行会社等に支払った旅行商品代金 (旅行保険代は除きます。) Actual amount paid to your travel agent except.travel insurance premium)	左記金額のうち、キャンセル手続きを行っても返金されなかった金額 Not-refunded amount after cancellation	会社使用欄
企画旅行取消費用 Tour travel				
航空券等取消費用 Air,train,ferry ticket, etc.				
宿泊等取消費用 Accommodation				
レンタカー取消費用 Rental car				

診断書 Attending physician's statement

患者名 Name of patient	患者生年月日 Patient's date of birth	治療の期間とその方法 Date and type of medical treatment			
		<input type="radio"/> 外来 Outpatient	<input type="radio"/> 往診 Home visit	通院または往診回数 How many?	回 Times
		年 Y	月 M	日 D	年 Y
				月 M	日 D
疾病の兆候が現れた日時またはケガをした日時 Date and time of accident or first appearance of symptom(s)		入院した場合の入院期間 Term of hospitalization			
年 Y	月 M	日 D	午前 午後	: :	A.M. P.M.
診断名 Diagnosis		後遺障害の見込 Possibility of irrecoverable functional impediment and/or dismemberment			
		<input type="radio"/> はい Yes <input type="radio"/> いいえ No			
事故に起因するものですか? Is it caused by accident?		診断日 Date of final assessment			
<input type="radio"/> はい Yes <input type="radio"/> いいえ No		年 Y	月 M	日 D	1. 治療 Healed 2. 継続中 Treatment continued 3. 中止 Discontinued
疾病または傷害の状態及び経過 Nature and condition of sickness or injury		病院名・医師名 Name of hospital/doctor			
		住所 address			
患者は以前に同様の症状を訴えたことがありますか? Has patient ever had same or similar symptom(s)?		電話番号 Tel No.			
<input type="radio"/> はい Yes <input type="radio"/> いいえ No		ファクシミリ番号 Fax No.			
「はい」の場合、以前の症状に関して患者は治療を受けていましたか? If YES, describe whether and when patient received treatment for prior symptom(s)		担当医ご署名・ご押印 Signature of attending physician			
		印 Signature			
現在の状態に影響する他の疾患 Describe any other disease or infirmity affecting present condition		作成年月日 Date of statement			
		年 Y	月 M	日 D	

用紙表面左側

赤枠で囲んだ部分にご記入ください。

用紙裏面右側

Chubb 損害保険株式会社

CHUBB

海外旅行保険金請求書兼同意書 (ネット専用旅行関連サービス取消費用補償保険請求書兼同意書)

OVERSEAS TRAVEL INSURANCE (INCL. TRIP CANCELLATION INSURANCE) CLAIM FORM

海外旅行保険のご請求は1、2、3、4の欄ならびに該当の費用の項目にご記入ください。旅行関連サービス取消費用保険のご請求は1、2、3並びに裏面の★の欄をご記入ください。

本書の内容が事実と相違ないことを確認し、また、下記の項目に同意し、保険金を請求致します。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。

- 1. 医療調査が必要な場合 / IN CASE MEDICAL INVESTIGATION IS REQUIRED.
2. 携行品事故の場合 / IN CASE BAGGAGE CLAIM IS MADE.
3. 重複保険がある場合 / CASES OF CONCURRENT INSURANCE
4. 他の保険会社等へ照会等 / INQUIRIES, ETC. TO ANY OTHER INSURANCE COMPANIES, ETC.
5. 本保険金請求に関しては東京地方裁判所を合意管轄裁判所とすることおよび本書の写真複写も本書と同じ効力があることを了承します。

個人情報の取扱いについて
弊社は、保険契約申込書等から得た個人情報(保険業の適切な業務運営を確保するために必要な範囲で取得した医療情報等のセンシティブ情報を含みます)の取扱いについて以下の通りとさせていただきます。

上記事項に同意し、下記に署名捺印の上保険金を請求します。 / I HAVE READ AND AGREE TO THE ABOVE-MENTIONED TERMS, AND HEREBY FILE AN INSURANCE CLAIM WITH CHUBB INSURANCE.

保険証券番号 778-EC-000000-0
ご請求日/Date 2019年3月1日

1 保険金請求者 Claimant of insurance (おケガなどをされた方またはその親権者)

ご住所: 東京都品川区北品川6-7-29
フリガナ: チャブ タロウ
お名前: 茶布 太郎

2 事故の内容 Description of accident/incident

おケガなどをされた方(被補償者): 保険金請求者と同じ
事故の発生状況について: 旅行に行くため自家用車で自宅を出発したが、空港に向かう途中、事故を起こしてしまったため、旅行をキャンセルした。

3 保険金支払先 Payment instruction(please designate a Japanese bank)

金融機関: 銀行
口座名義: チャブ タロウ
通帳記号(5ケタ): 1231234567

★ネット専用旅行関連サービス取消費用保険記入欄 trip cancellation loss statement

Table with 5 columns: Item, Tour name, Amount paid, Amount not refunded, Company use. Rows include: 企画旅行取消費費用 (153,000円), 航空券等取消費費用 (88,000円), 宿泊等取消費費用 (15,000円), レンタカー取消費費用 (25,000円).

診断書 Attending physician's statement

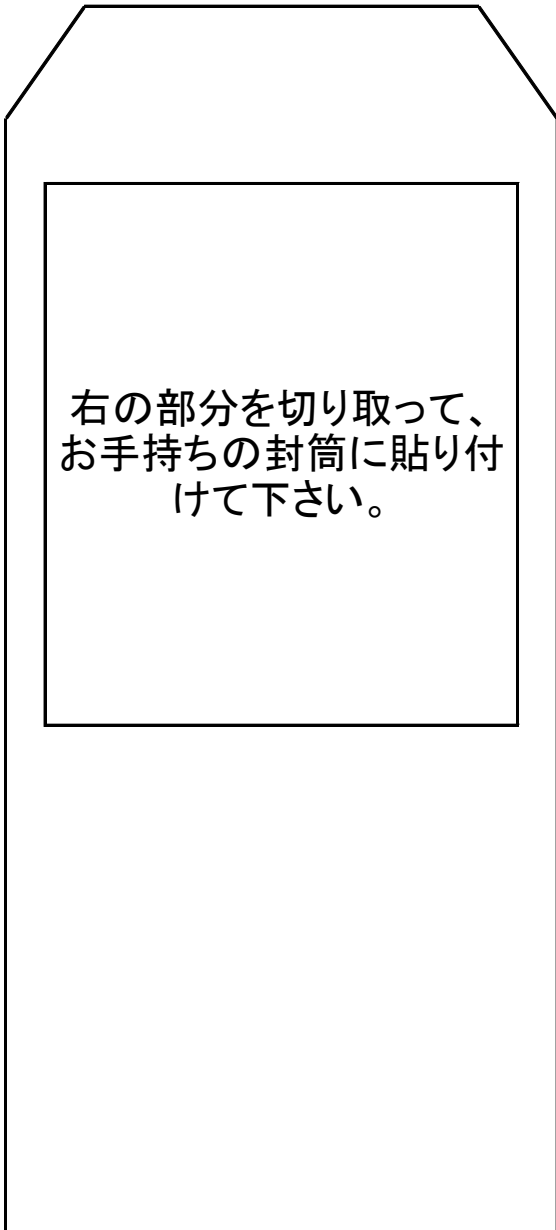
患者名, 患者生年月日, 治療の期間とその方法, 診断名, 事故に起因するものですか?, 現在の状態に影響する他の疾患

保険金請求書類送付用封筒宛名用紙(印刷してお手持ちの封筒に貼付してください)

本用紙はChubb損害保険株式会社に保険金請求のため事故受付票兼保険金請求書(押印のある原本)ならびにそれ以外の必要書類をご送付いただくための封筒宛名用紙となります。
誠に恐れ入りますが、本用紙をお手持ちのインクジェットあるいはレーザープリンターで印刷してください。(インクのかすれやにじみが無い黒色1色のインクにて、正常な状態で印刷されたものをご使用ください。)

<注意事項>

- ① A4サイズ100%出力でご使用ください。
※ 拡大・縮小しないでください。
- ② キリトリ線にしたがって切り取り、裏面全体に糊付けいただきますようお願いいたします。
- ③ 下図のように、お手持ちの封筒の上部に貼り付けてください。
- ④ このシールは国内郵便用定型サイズ封筒に有効です。



キリトリ

		980-8790	
料金受取人払郵便		701	
仙台中央局 承認		定形郵便物	
6938		日本郵便株式会社 仙台中央郵便局 私書箱11号	
差出有効期間 2022年9月 30日まで (切手不要)		Chubb損害保険株式会社 損害サービスセンター 行	
871	5835516	01	AT
差出人住所氏名			
保険金請求書および関係書類 在中			
			