

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。CLAIMANT HEREBY MAKE A CLAIM FOR INSURANCE BENEFITS, BY CONFIRMING THE ACCURACY OF THE CONTENTS HEREOF AND ALSO BY AGREEING TO THE MATTERS MENTIONED BELOW. IT IS FURTHER UNDERSTOOD THAT A PHOTOCOPIY OF THIS FORM SHALL BE CONSIDERED AS EFFECTIVE AND VALID AS THE ORIGINAL.

- 医療調査が必要な場合** / IN CASE MEDICAL INVESTIGATION IS REQUIRED.
被保険者を診察又は治療したすべての病院、医師及び関係者が、Chubb損害保険(株)又はその指定する者(以下、「弊社」という)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承認致します。CLAIMANT HEREBY AUTHORIZE ANY HOSPITAL, PHYSICIAN, OR OTHER PERSON WHO HAS ATTENDED OR EXAMINED THE INSURED, TO FURNISH TO CHUBB INSURANCE COMPANY OR ITS AUTHORIZED REPRESENTATIVE (HEREIN AFTER CALLED "THE COMPANY"), ANY AND ALL INFORMATION WITH RESPECT TO ANY SICKNESS OR INJURY, MEDICAL HISTORY, CONSULTATION, PRESCRIPTIONS OR TREATMENT AS WELL AS COPIES OF ALL HOSPITAL OR MEDICAL RECORDS.
- 携行品事故の場合** / IN CASE BAGGAGE CLAIM IS MADE.
携行品の購入先又はその他の入手先及び他の保険会社から、被保険者の携行品に関するすべての記録を、弊社に提供することを承認致します。CLAIMANT HEREBY AUTHORIZE ANY SELLER OR ANY OTHER SOURCE FROM WHICH THE BAGGAGE AND THEIR CONTENTS WERE OBTAINED, AND ANY OTHER INSURANCE COMPANY TO FURNISH TO THE COMPANY ANY AND ALL INFORMATION WITH RESPECT TO THE BAGGAGE OF THE INSURED.

- 重複保険がある場合** / CASES OF CONCURRENT INSURANCE
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、共済契約等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。以下同様とします)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、他の保険契約等がある場合、貴社がその保険契約等がある場合、貴社がその保険契約等・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。IF, UNDER THIS INSURANCE CONTRACT AND ANY OTHER CONCURRENT SIMILAR INSURANCE CONTRACTS AND/OR MUTUAL AID CONTRACTS, I RECEIVE CLAIMS EXCEEDING THE LIMIT OF LIABILITY PROVIDED FOR UNDER THIS CONTRACT, I AGREE TO RETURN ANY AMOUNT IN EXCESS OF SUCH LIMIT OF LIABILITY IMMEDIATELY TO THE COMPANY AND ANY OTHER INSURANCE COMPANIES AND/OR MUTUAL AID ASSOCIATIONS CONCERNED FOLLOWING INSTRUCTIONS, IF ANY, FROM THEM. ALSO, IF THERE EXIST ANY OTHER CONCURRENT SIMILAR INSURANCE CONTRACTS, I CONFIRM MY AGREEMENT TO AN ACTION TAKEN BY THE COMPANY AGAINST THE INSURERS OF SUCH CONTRACTS TO PAY AMOUNTS IN EXCESS OF THE PORTION HOME BY THE COMPANY.

- 他の保険会社等へ照会等** / INQUIRIES, ETC. TO ANY OTHER INSURANCE COMPANIES, ETC.
他の保険契約等がある場合、私は、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ために必要な情報(支払責任額等契約の内容、損害額等事故に関する情報、支払保険金等に関する情報)を提供すること、また、その損害保険会社・共済等から提供を受け利用すること、その損害会社・共済等が貴社へ提供すること、また貴社から提供を受け、利用することに同意します。IF THERE ARE ANY OTHER CONCURRENT SIMILAR INSURANCE CONTRACTS, I AGREE THAT THE COMPANY PROVIDES THE INSURERS OR ASSOCIATIONS CONCERNED WITH INFORMATION NECESSARY FOR CLAIMING THE PAYMENT OF AMOUNTS EXCEEDING THE COMPANY'S LIMIT OF LIABILITY, THAT THE COMPANY RECEIVES AND USES SUCH INFORMATION RECEIVED FROM THOSE INSURANCE COMPANIES AND MUTUAL AID ASSOCIATIONS, AND VICE VERSA.

- 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承します。**さらに、下記署名人はこの保険金請求書兼状況報告書に記入した内容および以下の1) 2) がすべて事実と相違無いことを認めます。CLAIMANT HEREBY AGREE THAT THE TOKYO DISTRICT COURT SHALL HAVE AN EXCLUSIVE JURISDICTION OVER ANY LAWSUIT IN CONNECTION WITH THIS CLAIM AND THAT A PHOTOCOPIY OF THIS COMPLETED CLAIM FORM SHALL BE CONSIDERED EFFECTIVE AND VALID AS THE ORIGINAL. FURTHERMORE, THE UNDERSIGNED HEREBY AFFIRM THE STATEMENTS COMPLETED IN THIS CLAIM FORM, INCLUDING THE BELOW MENTIONED 1) & 2) IN THIS COLUMN, TO BE TRUE AND CORRECT.
1) 本保険金請求の対象となる海外旅行保険は被保険者が海外旅行の目的をもって一時的に日本を出国する前に日本国内で申し込み、購入されたものであり、かつ、被保険者は本保険金請求を行う時点において現に日本に住居を有する居住者であること。
THE OVERSEAS TRAVEL INSURANCE(O/T)A COVERAGE UNDER WHICH INSURANCE CLAIM IS MADE, WAS APPLIED FOR AND OBTAINED IN JAPAN PRIOR TO THE INSURED'S TEMPORARY OVERSEAS TRIP AND THE INSURED IS A LEGAL RESIDENT IN JAPAN AS OF THE DATE OF THE CLAIM IS MADE.
2) 本保険事故が航空券や出入国の日付のある旅券などの旅行関係資料によって確認ができる年月日より開始した一時的な海外旅行中に発生したこと。
THE CLAIM OCCURRED DURING THE COVERED TEMPORARY OVERSEAS TRIP WHICH BEGAN ON THE DEFINITE DATE AS EVIDENCED BY PROOF OF TRAVEL DOCUMENTS, SUCH AS PLANE TICKETS AND PASSPORT WITH DEPARTURE AND/OR ENTRY STAMPS.

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。なお、詳細については、弊社ホームページ(www.chubb.com/jp)をご覧ください。
1. 主な利用目的について
(1) 弊社または弊社のグループ会社を取り扱う損害保険の案内、募集および販売
(2) 上記(1)に付帯、関連するサービスまたは各種イベント等の案内、提供および管理
(3) 損害保険契約の引受審査、引受、履行および管理
(4) 適正な保険金・給付金の支払
(5) 新たな商品・サービス開発、問い合わせ・依頼等への対応
(6) その他、お客様とのお取引を適切かつ円滑に履行するための業務
2. 第三者への情報提供について
弊社は、次の場合を除き、ご本人の同意なく第三者に個人データを提供しません。
(1) 法令に基づく場合
(2) 弊社の業務遂行上必要な範囲内で、代理店を含む委託先に提供する場合
(3) 再保険契約に伴い、当該保険契約の情報を提供する場合
(4) 弊社のグループ会社、損害保険会社等および国土交通省との間で共同利用を行う場合

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 又は 被保険者番号 Policy No. | ご請求日/Date | 年 | 月 | 日 |
| ●保険金を請求される方ご本人がご記名、押印してください。 ●被保険者が未成年の場合には、親権者の方がご記入ください。 | | | | |

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 If the insured is a minor, this form must be filled out by a person in parental authority.)

| | | | | |
|-------------------------------|--|-----------|-----|---|
| ご住所 Address | 〒 | 都 道 府 県 | 市 郡 | 区 |
| フリガナ | 日中のご連絡先 必ずご記入ください Daytime phone number | | | |
| お名前 Name | 自宅 ・ 勤務先 ・ 携帯 | | | |
| 印 Seal or signature | | (年 月 日) | | |

2 事故の内容 Description of accident/incident ●詳しくご記入ください。

| | | | | | | |
|-------------------------|--|-----------|------------|---|---|---------|
| おケガなどをされた方(被補償者) | フリガナ お名前 Insured's name | 保険金請求者と同じ | 男・女 DOB | 年 | 月 | 日(才) |
| 事故の発生状況について | それはいつ起こりましたか? When did that occur? | 20 | 年 | 月 | 日 | 午前 ・ 午後 |
| | おケガなどをされた場所はどこですか? When did that occur? | 都 道 府 県 | | | | |
| | それはどのように起こりましたか? How did that occur? | 状況: | | | | |

3 保険金支払先 Payment instruction(please designate a Japanese bank) ●必ず通帳にてご確認ください。

| | | | | |
|---|-----------------------|------------------------|---------------------------------------|-----------------|
| 金融機関 Name of the bank (ゆうちょ銀行以外) Other than Japan Postal bank | 銀行 J A | 信用金庫 信用組合 | Branch | 本店 支店 出張所 |
| 預金種目 Ordinary/Checking | 支店 Br. code | 口座番号 Acc.No. | 口座名義 (カタカナ) Account name | |
| ゆうちょ銀行 Japan Postal Bank | 通帳記号(5ケタ) | 通帳番号(8ケタ) Acc.No. | 1 0 | |

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 type="radio"/> あり Yes (以下の欄にご記入ください。If 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 | 証券番号 Policy No. | 事故報告の有無 Notice of accident to the insurer | 保険金請求書類提出の有無 Filed claims |
| | | | <input type="radio"/> あり Yes <input type="radio"/> なし No | <input type="radio"/> あり Yes <input type="radio"/> なし No |
| | | | <input type="radio"/> あり Yes <input type="radio"/> なし No | <input type="radio"/> あり Yes <input type="radio"/> なし No |
| 海外旅行保険が付帯さ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 | | 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

| | | | | | | | |
|---|---|--|-------------------------------|--------------------------------|---|--------------------------------------|--------------|
| 病気・けがの場合 Sickness & Accident | 傷病名 Diagnosis | 治療状況 Status of treatment | | | <input type="radio"/> 治療終了 <input type="radio"/> 治療中 (下段に終了予定時期をご記入ください) | | |
| | 病院名 Name of hosp. | | | | | | |
| | この傷病の渡航前における治療歴 Is this your pre-ex condition? | <input type="radio"/> なし No <input type="radio"/> あり Yes ⇒右にご記入ください If Yes, please state here⇒ | いつ頃から From when? | いつ頃まで Until when? | 病院名 Name of hosp. | | |
| | 支払費目 | 金額 amount paid | 支払費目 | 金額 Amount paid | | | |
| | 治療実費・薬代 Consultation/medication | その他の費用(具体的内容金額) OTHERS (PLEASE SPECIFY) | | | | | |
| | 通院交通費 Transportation | | | | | | |
| 携行品損害の場合 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 |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 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 山澤工房 行 | 【スーツケース修理業者紹介サービス用同意書】 |
| 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あたり、以下につき同意いたします。 1. Chubb損害保険株式会社が私の損害につき、保険金支払額の算出ならびに支払業務を行うために必要な私の個人情報を、修理業者である株式会社 山澤工房と共有すること。 2. 私の損害品が株式会社 山澤工房により修理された場合には、私がChubb損害保険株式会社より受け取るべき保険金は、Chubb損害保険株式会社が直接、株式会社 山澤工房指定の銀行口座へ支払うこと。 3. 私は、自己の意思により本サービスの提供を受諾するものとし、Chubb損害保険株式会社が株式会社 山澤工房を紹介したことにつき、Chubb損害保険株式会社に対して、いかなる損害賠償の申し立てを致しません。 4. 本書の写真複写も、原本同様の効力があるものと認めます。 | |
| 年 月 日 | 保険金請求者 氏名 |

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 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程度 Damage or injury of other party |
| 相手方住所・氏名 Name & Address of Other party | TEL | |
| | | 損害賠償額 Claimed amount |
| ※自動車運転者賠償責任特約の事故の場合、この欄もご記入下さい。 | | |
| 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 Adress |
| | | 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"/> 寄託手荷物 Baggage Delay | <input type="radio"/> 旅行中の緊急費用 Extra | |
| | | <input 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 | 支払金額 Expense paid | 合計 Total amount |
| 例) 12345 | 例) 2012.4.2 | 例) 大江戸空港 | 例) 食事代 | 例) 3,000 | |
| | | | | | |
| | | | | | |

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 なし No 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 | 証券番号 Policy No. | 事故報告の有無 Notice of accident to the insurer | 保険金請求書類提出の有無 Filed claims |
|---|------------------|---|---|---|
| AIU | 000000 | <input type="radio"/> あり Yes <input checked="" type="radio"/> なし No | <input type="radio"/> あり Yes <input checked="" type="radio"/> なし No | <input type="radio"/> あり Yes <input checked="" type="radio"/> なし No |

カード番号 Card No. カード番号 Card 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 | VISA | JCB | AMEX | JAL | ANA | UC | ダイナース | その他/others (カード名) |
|---|---------------|-----|------|-----|-----|----|-------|----------------------|
| | 1234567890123 | | | | | | | |

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

傷病名 Diagnosis **右上腕部骨折** 治療状況 Status of treatment 治療終了 治療中 (下段に終了予定時期をご記入ください)

病院名 Name of hosp. **東京病院**

この傷病の発症前における治療 Is this your pre-ex condition? なし No あり Yes ⇒右にご記入ください

いつ頃から From when? いつ頃まで Until when? 病院名 Name of hosp.

| 支払費目 Consultation/medication OT/EMS Transportation | 金額 amount paid | 支払費目 その他の費用 (具体的内容金額) (PLEASE SPECIFY) | 金額 Amount paid |
|---|----------------|---|----------------|
| 治療実費・薬代 | 35,000円 | | |
| 通院交通費 | | | |

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 山塚工務 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しも修理業者の個人情報を、修理業者である株式会社 山塚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、山塚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 山塚工務が提供するものとさせていただきます。

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 山塚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

財物損害 Property damage 人身損害 Bodily injury

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**

財物損害又は人身損害の程度 Damage or injury of other party **Spoiled Carpet カーペットの汚損**

損害賠償額 Claimed amount **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種別のみチェックしてください。 航空機遅延 Delayed flight 荷託手荷物 Baggage Delay 旅行中の緊急費用 Extra 緊急一時帰国 Reunification 旅行変更 Alteration 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 | 支払金額 Expense paid | 合計 Total amount |
|------------------|---------------------------------|---------------------------|----------------------|----------------------|--------------------|
| 例) 12345 | 例) 2012.4.2 | 例) 大江戸空港 | 例) 食料代 | 例) 3,000 | |

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? <input type="text"/> 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) | 年 Y 月 M 日 D 午前 午後 : : A.M. P.M. | 入院した場合の入院期間 Term of hospitalization 年 Y 月 M 日 D 年 Y 月 M 日 D |
| 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? | <input type="radio"/> はい Yes <input type="radio"/> いいえ No | 診断日 Date of final assessment 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 |
| 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)? | <input type="radio"/> はい Yes <input type="radio"/> いいえ No | 住所 address |
| 「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) | | 電話番号 Tel No. ファクシミリ番号 Fax No. |
| 現在の状態に影響する他の疾患 Describe any other disease or infirmity affecting present condition | | 担当医ご署名・ご押印 Signature of attending physician 印 Signature |
| | | 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 Address 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 Name 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) お名前 保険金請求者と同じ
生年月日 DOB 1988年1月1日(30才)
事故の発生状況について 状況: 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 〇〇 銀行 信用金庫
口座名義(カタカナ) チャブ タロウ

★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 Tour travel (153,000 / 30,600), Air/train/ferry ticket (88,000 / 44,000), Accomodation (15,000 / 7,500), Rental car (25,000 / 10,000).

診断書 Attending physician's statement

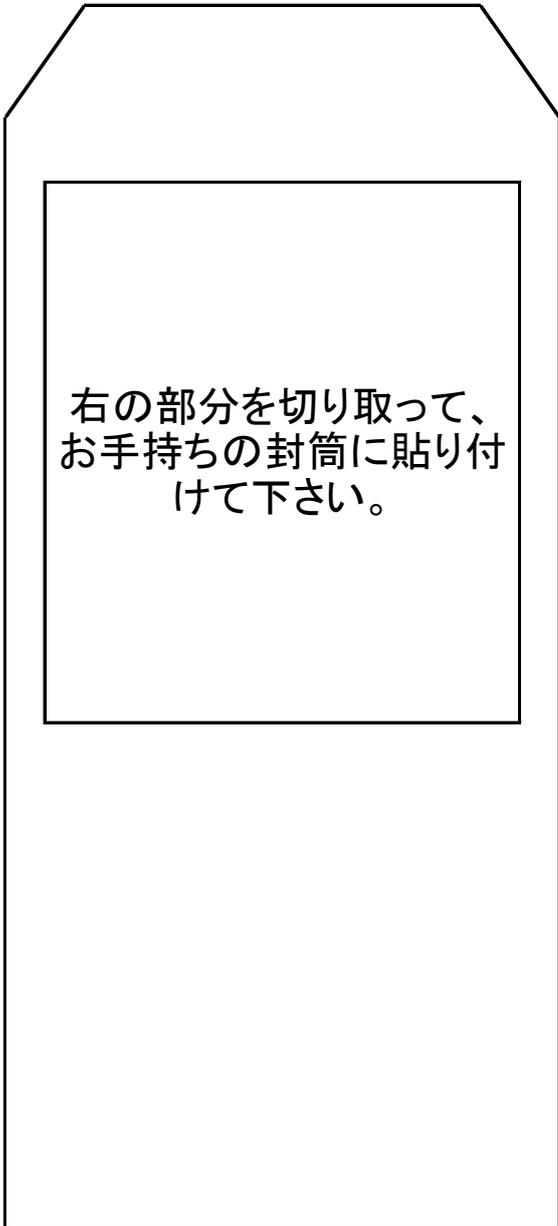
患者名 Name of patient, 患者生年月日 Patient's date of birth, 治療の期間とその方法 Date and type of medical treatment, 診断名 Diagnosis, 事故に起因するものですか? Is it caused by accident?

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 | | |
| 差出有効期間 | 日本郵便株式会社 | |
| 2022年9月 | 仙台中央郵便局 私書箱11号 | |
| 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 | | |
|  | | |