

新・海外旅行保険/海外旅行総合保険/海外旅行傷害保険保険金請求書

[NEW OVERSEAS TRAVEL ACCIDENT INSURANCE/ OVERSEAS TRAVEL ACCIDENT INSURANCE CLAIM FORM]

損害保険ジャパン日本興亜株式会社 行【 TO:SOMPO JAPAN NIPPONKOA INSURANCE INC.】

「損害保険ジャパン日本興亜株式会社」は、損保ジャパンと日本興亜損保が2014年9月1日に合併して誕生した会社です。
Sompo Japan Nipponkoa Insurance Inc. is a new company which was launched by a merger of Sompo Japan Insurance Inc. and NIPPONKOA Insurance Co.,Ltd. on September 1, 2014.

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4項目について保険金請求者欄の署名をもって同意します。

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

＜1＞個人情報の取り扱いに関する同意 AUTHORIZATION FOR MY PERSONAL INFORMATION

損害保険ジャパン日本興亜株式会社(以下、「損保ジャパン日本興亜」といいます。)は、本保険金請求に関する個人情報を、保険引受支払いの判断、本契約の履行、付帯サービスの提供、損害保険等当社の取り扱う商品・各種サービスの案内・提供、アンケートの実施、等を行うために利用するほか、下記①から④まで、その他業務上必要とする範囲で、取得・利用・提供、または登録を行います。

①損保ジャパン日本興亜が、上記業務のために、業務委託先(保険代理店を含みます。)、保険仲立人、医療機関、保険金の請求・支払いに関する関係先、等に提供を行います、またはこれらの者から提供を受けることがあります。

②損保ジャパン日本興亜が、保険制度の健全な運営のために、一般社団法人日本損害保険協会、損害保険料率算出機構、他の損害保険会社、等に提供もしくは登録を行います、またはこれらのものから提供を受けることがあります。

③損保ジャパン日本興亜が、再保険契約の締結や再保険金等の受領のために、再保険会社等に提供を行うこと(再保会社等から他の再保険会社等への提供を含みます)があります。

④損保ジャパン日本興亜が、グループ企業や提携先企業に提供を行い、その企業が取り扱う商品等の案内または提供を行うことがあります。なお、保健医療等の特別な非公開情報(センシティブ情報)については、保険業法施行規則により限定された目的以外の目的に利用しません。

損保ジャパン日本興亜の個人情報保護宣言、グループ企業や提携先企業、等については損保ジャパン日本興亜公式サイト(<http://www.sjnk.co.jp/>)をご覧ください。下記の窓口までお問い合わせをお願いします。

お問い合わせ窓口: 損保ジャパン日本興亜カスタマーセンター

電話番号 0120-888-089

受付時間 平日 午前9時～午後8時

土日祝日 午前9時～午後5時(12月31日～1月3日は休業)

Sompo Japan Nipponkoa Insurance Inc. (hereinafter "Sompo Japan Nipponkoa") uses personal information regarding this insurance claim in order to judge insurance underwriting or payment, to perform this contract, to provide relevant services, to introduce or provide products and services that our company offers such as non-life insurance or to conduct questionnaire, and acquires, uses, provides or registers such personal information in so far as the following items ① to ④ are concerned and to the extent that our company needs it for the business purposes.

①Sompo Japan Nipponkoa may provide the information to, or accept provision of the information from, an outside service provider of Sompo Japan Nipponkoa's business (including insurance agencies), insurance brokers, medical institutions, parties related to claim or payment of insurance money, or other related parties.

②Sompo Japan Nipponkoa may provide or register the information to or with, or accept provision of the information, from, The General Insurance Association of Japan, Non-Life Insurance Rating Organization of Japan, other non-life insurance companies or other related parties for the purpose of sound management of the Insurance system.

③Sompo Japan Nipponkoa may provide the information to a reinsurance company, etc. (including provision from the reinsurance company, etc. to another reinsurance company, etc.) in order to enter into a reinsurance contract or receive payment of a reinsurance claim, etc.

④Sompo Japan Nipponkoa may provide the information to its group company or partner company, and may introduce or provide products, etc. that such a company offers.

Sompo Japan Nipponkoa does not use healthcare or other special non-public information (sensitive information) for any purpose, except as conditionally permitted under the Enforcement Regulations of the Insurance Business Law in Japan.

For Sompo Japan Nipponkoa's declaration of personal information protection, group companies, partner companies, etc., please visit Sompo Japan Nipponkoa's official website (<http://www.sjnk.co.jp/>) or contact the following contact.

Contact for inquiries: Sompo Japan Nipponkoa Customer Center

Tel: 0120-888-089

Reception hours: Weekdays: 09:00 a.m. to 08:00 p.m.

Weekends/holidays: 09:00 a.m. to 05:00 p.m. (closed from December 31 to January 3)

＜2＞医療機関の提供および事故調査に関する同意 AUTHORIZATION FOR MEDICAL RECORDS AND INFORMATION ON THE CASE

被保険者を診療または治療したすべての病院、医師および関係者、または本件事故に関する諸機関および関係者が、損保ジャパン日本興亜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、傷害または事故の記録を提供することを承認します。なお、本書の写真複写も同じ効力があるものと認めます。

I hereby authorize any hospital, physician, or other person who has attended or examined me, or any government authority or other person who is related to the accident, to furnish Sompo Japan Nipponkoa or its authorized representative with any and all information or document with respect to any sickness/injury or accident. I accept that a photocopy of this authorization shall also be considered as effective and valid as the original.

＜3＞キャッシュレスメディカルサービスに関する委任・同意 AUTHORIZATION FOR CASHLESS MEDICAL SERVICE

病院にてキャッシュレスメディカルサービスの提供を受けた場合には、その治療費用についての保険金請求を病院または医師に委任します。その治療費用が当該保険で支払対象外と判明した場合には、当該治療費用を滞滞なく病院・医師(または損保ジャパン日本興亜)に支払うことを誓約します。

When "CASHLESS MEDICAL SERVICE" is provided for me by the hospital or medical provider, I authorize the hospital or medical provider to make an insurance claim for the medical expenses for my treatment. In case the medical expenses turn out not to be payable under insurance policy, I pledge myself to pay such medical expenses as not covered under the insurance policy to the hospital or medical provider (or to Sompo Japan Nipponkoa) without delay.

＜4＞他の保険契約等の保険金請求に関する同意 AUTHORIZATION FOR INSURANCE CLAIMS FROM OTHER POLICIES

同一の損害または費用に対して、支払責任を負う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いません。以下同様とします)から、保険契約等で定められた保険金等の額を超えて支払を受けた場合には、その超えた額を損保ジャパン日本興亜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(損保ジャパン日本興亜または他の保険契約等の損害保険会社・共済等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、他の保険契約等がある場合、損保ジャパン日本興亜がその保険契約等の損害保険会社・共済等に対して、損保ジャパン日本興亜の負担すべき部分(他の保険契約等がないとする場合に各損害保険会社・共済等が支払うべき保険金等の額の合計額に対する損保ジャパン日本興亜の支払うべき額の割合をてん補損害額に乘じて得た額)を超えて支払った額を求償することに同意します。

I agree that if I receive payments such as insurance payouts that exceed the amount of insurance money, etc., stated in the policy under which this claim is made or in any other policies, etc., (insurance contracts, mutual aid contracts or any other contracts under whatever name they are known and under which payouts, etc., are made to cover the same damage or cost; and the same applies in this contract) for the same damage or cost, I shall repay, without delay, the amount exceeding the insurance money, etc., to Sompo Japan Nipponkoa or to the other non-life insurance companies, mutual aid associations, etc., with which the relevant insurance contracts, etc., are concluded, specify procedures for such repayment. I shall follow the procedures.

In the case of the existence of other insurance contracts, etc., I agree that Sompo Japan Nipponkoa may claim any excess of the amount it is obliged to payout from the non-life insurance companies, mutual aid associations, etc., with which the relevant insurance contracts, etc., are concluded.

1 裏面の記入例をご参照のうえ、状況・損害の程度を具体的に記入ください。

記入日 (DATE)	年 月 日 (YEAR) (MONTH) (DAY)	保険金請求者 (CLAIMANT)	住所 (ADDRESS)	〒 - (フリガナ)	
契約証・証券番号			署名・捺印 (NAME-SIGNATURE)	(フリガナ)	
生年月日	年 月 日生		親権者請求者が未成年の場合	生年月日	年 月 日生
性別	<input type="checkbox"/> 男(Male) <input type="checkbox"/> 女(Female)		日中連絡の取れる電話番号(TEL)	()	
保険期間 (INSURANCE PERIOD)	年 月 日 ~ 年 月 日		メールアドレス		
				<input type="checkbox"/> 自宅 (Home)	<input type="checkbox"/> 勤務先 (Office)
				<input type="checkbox"/> 携帯 (Mobile)	

保険金の支払先に関する指図書	金融機関	フリガナ	(銀行・信託・信金・信組・農協・労働・ゆうちょ銀行)	フリガナ	(本店・支店)	口座種類	(普通・当座・貯蓄)	店番	口座番号
	口座名義(カタカナ)					ゆうちょ銀行 Japan Postal Bank		通帳記号	
受取人ご住所 (保険金ご請求者と同じ時はご記入は不要です)	〒 -	※金融機関とゆうちょ銀行のいずれかの欄にご記入ください。							
		代理店記入欄	受領日	20 年 月 日	受領者				

損害保険ジャパン日本興亜株式会社の個人情報保護宣言等については、下記の当社公式サイトをご確認ください。
ウェブサイトアドレス <http://www.sjnk.co.jp/> (99●●●) 401057 - 0100

3 今回の件で、同一の損害または費用を補償する他の保険契約等(共済契約を含みます。)をすべてご記入ください。

他の保険契約	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 「有」の場合は以下をご記入ください。	
	保険契約・会社名	契約証番号
	海外旅行傷害保険が付帯されているクレジットカード <input type="checkbox"/> 三井住友VISA <input type="checkbox"/> UC <input type="checkbox"/> JCB <input type="checkbox"/> DC <input type="checkbox"/> NICOS <input type="checkbox"/> JAL <input type="checkbox"/> ANA <input type="checkbox"/> その他 ()	カード番号
保険金請求の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	

4 以下をご記入ください。⑤、⑥、⑦は該当する欄をご記入ください。

複数の事故に関する保険金請求を行う場合は、保険金請求書を追加でご請求ください。もしくは、本紙のコピーをとりご記入いただくか、各々の事故発生日や事故内容が分かるようにご記入ください。

日時(DATE AND TIME)	年 月 日	AM : PM :	第三者による現認書 私は、左記事故が事実と相違ないことを証明致します。
場所(PLACE)	住所(ADDRESS)		
事故・疾病の状況(CIRCUMSTANCES)	氏名(NAME) 印		
入院の場合ご記入ください:	入院日	年 月 日	退院日
届出警察(POLICE) / 受理番号(No.)	年 月 日	年 月 日	※治療費領収書、事故証明書、ポリスレポート、旅行会社の証明等、別紙による証明を取得されている場合は、上記への記入は不要です。

5 以前に、今回ご請求される症状で治療を受けたことがありますか。ある場合はいつですか
 ない ある (年 月頃)

(1) 治療費等の場合	今回の治療で入院されましたか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	キャッシュレス治療サービスは利用されましたか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
治療費(MEDICAL CHARGE)	薬代(MEDICINE)	交通費(TRANSPORTATION)	その他(OTHERS)	合計(TOTAL)
US\$ ユーロ その他 ()	US\$ ユーロ その他 ()	US\$ ユーロ その他 ()	US\$ ユーロ その他 ()	US\$ ユーロ その他 ()

※領収書を添付のうえ、外貨でお支払いした費用は、通貨単位もご記入ください。

ご購入年月・購入価格は必ずご記入ください。領収証は必ず添付ください。購入価格は通貨単位をご記入ください。

損害品名 DAMAGED ITEMS	メーカー・形式 MODEL NO. ETC.	数量 QUANTITY	購入地・店 PLACE PURCHASED	購入年月 WHEN PURCHASED	購入価格(通貨) PURCHASE PRICE	領収書の有無 RECEIPT	保証書の有無 GUARANTEE
				年 月	()	(有) (無)	(有) (無)
				年 月	()	(有) (無)	(有) (無)
				年 月	()	(有) (無)	(有) (無)
				年 月	()	(有) (無)	(有) (無)

携行品キャッシュレス・リペアサービス※をご利用されていますか? はい いいえ (「いいえ」の場合、これから利用されますか? はい いいえ)

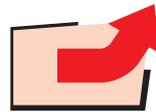
※携行品キャッシュレス・リペアサービスについては、リペアサービスセンター(指定修理会社)から必要書類をお取り寄せ頂いたうえで、損保ジャパン日本興亜委託の修理会社へ直接お送りいただくこととなります。また本サービスのご提供は、日本国内に限ります。(ただし、一部取扱いができない製品がございます。)修理が不可能な場合は、リペアサービスセンターからご連絡させていただきます。※本サービスのご請求方法詳細につきましてはポケットガイドをご参照ください。

携行品損害に関するご注意点

- 携行品の明細紙面不足の場合は別紙に同じ要領でご記入のうえ、添付ください。
- 盗難や全損の場合、時価額ベースで計算するため減価償却(物により、ご使用期間1年につき10%~20%程度)の適用がございます。
- 高額な携行品であっても、1個、1組または1対について10万円が限度額です。
- 同種の補償を行う他の保険契約等がある場合は、分担して保険金をお支払することとなり、二重にお支払することはできませんので予めご了承ください。

(3) 旅行事故緊急費用 航空機遅延の場合	出発遅延	出発予定便・予定日時	乗継予定便の出発予定日時	代替便・出発日時	費用明細(領収書を添付してください) (通貨)
	<input type="checkbox"/>	月 日 便	月 日 便	月 日 便	宿泊費 () 食事代 () 交通費 () 通信費 () 旅行サービス取消料 () 合計 ()
	乗継遅延	時 分発	時 分発	時 分発	
	<input type="checkbox"/>				

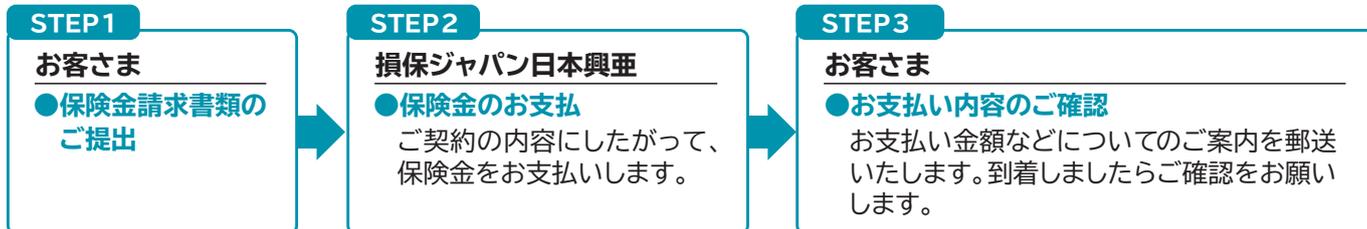
※航空機の遅延、手荷物の遅延、賠償に関するご請求の場合、裏面もご記入ください



ご請求手続きについて

保険金のご請求に関する説明です。ご確認ください。
ご不明な場合は保険金サービス課担当者までご連絡なくお問い合わせください。

お支払いの流れ



1 必要書類

ご提出いただく必要書類は、ご請求の内容により異なります。

2 保険金のお支払いについて

(1) お支払いする保険金について

保険期間中に生じた急激かつ偶然な外来の事故（以下「事故」といいます。）によるおケガで、通院をされた場合、入院をされた場合、手術を受けられた場合等に保険金をお支払いします。

保険金の種類	保険金をお支払いする主な場合
①通院保険金	事故によるおケガで通院をされた場合にお支払いします。 ○通院保険金の額＝1日あたりの通院保険金額×お支払い対象日数（注）
②入院保険金	事故によるおケガで、入院をされた場合にお支払いします。 ○入院保険金の額＝1日あたりの入院保険金額×お支払い対象日数（注）
③手術保険金	<p>【2013年10月1日以降保険始期契約】</p> <p>事故によるおケガで、以下ア、またはイ、のいずれかの手術を受けられた場合、入院中の手術か外来での手術かに応じた額（入院保険金日額の10倍または5倍）をお支払いします。ただし、1事故につき1回の手術にかぎります。</p> <p>ア、公的医療保険制度における医科診療報酬点数表に、手術料の算定対象として列挙されている手術（※1）</p> <p>イ、先進医療に該当する手術（※2）</p> <p>（※1）以下の手術は対象となりません。 創傷処理、皮膚切開術、デブリードマン、骨または関節の非観血的または徒手的な整復術・整復固定術および授動術、抜歯手術</p> <p>（※2）先進医療に該当する手術は、治療を直接の目的としてメス等の器具を用いて患部または必要部位に切除、摘出等の処置を施すものにかぎります。</p> <p>○入院中に受けた手術の場合：手術保険金の額＝入院保険金日額×10（倍） ○外来で受けた手術の場合：手術保険金の額＝入院保険金日額×5（倍）</p> <p>【2013年9月30日以前保険始期契約】</p> <p>入院保険金をお支払いする場合で、おケガの治療を直接の目的として所定の手術を受けられた場合、手術の種類に応じた額（入院保険金日額の10倍、20倍または40倍）をお支払いします。ただし、1事故につき、1回の手術にかぎります。</p> <p>○手術保険金の額＝1日あたりの入院保険金額×手術の種類に応じた倍率（10倍、20倍または40倍）</p>
④後遺障害保険金	<p>事故によるおケガで、事故の日から180日以内に後遺障害が生じた場合、その程度に応じて死亡・後遺障害保険金額の所定の割合を乗じた金額をお支払いします。</p> <p>【傷害総合保険・積立傷害保険および、2013年10月1日以降保険始期の傷害保険】</p> <p>○後遺障害保険金の額＝死亡・後遺障害保険金額×「4%～100%」</p> <p>【2013年9月30日以前保険始期で傷害総合保険・積立傷害保険以外の傷害保険】</p> <p>○後遺障害保険金の額＝死亡・後遺障害保険金額×「3%～100%」</p>
⑤死亡保険金	<p>事故によるおケガで、事故の日から180日以内にお亡くなりになった場合にお支払いします。</p> <p>○死亡・後遺障害保険金額の全額をお支払いします。</p>

（注）「お支払い対象日数」については裏面（2）（3）をご確認ください。



お支払いできる保険金の種類・金額は、ご契約いただいている保険の種類、内容、条件などにより異なります。詳しくは保険証券・加入者カード・約款等をご確認ください。

続けて裏面もご確認ください



(2) 入院保険金・通院保険金のお支払い要件

【2013年10月1日以降保険始期契約】

次の要件を満たした場合、保険金のお支払い対象となります。

医師の治療を受けることが必要です。

- 医師とは「医師法による医師」をいいます。
- 捻挫・打撲・脱臼・骨折の場合にかぎり接骨院や整骨院で柔道整復師の治療（施術）を受けた場合も、保険金のお支払い対象となります。
- マッサージ・指圧・はり・きゅうについては、医師の指示にもとづきながら行われた施術であれば、保険金のお支払い対象となります。

【2013年9月30日以前保険始期契約】

次の2つの要件を満たした場合、保険金のお支払い対象となります。

① 医師の治療を受けることが必要です。

- 医師とは「医師法による医師」をいいます。
- 捻挫・打撲・脱臼・骨折の場合にかぎり接骨院や整骨院で柔道整復師の治療（施術）を受けた場合も、保険金のお支払い対象となります。
- マッサージ・指圧・はり・きゅうについては、医師の指示にもとづきながら行われた施術であれば、保険金のお支払い対象となります。

② おケガにより平常の生活または業務に従事することに支障をきたした期間内で、実際に医師の治療を受けられた日数がお支払い対象となります。

- 治療中であっても、平常の生活または業務に従事することに支障のない程度に回復されたとき以降の通院はお支払い対象になりません。

(3) お支払い対象期間・限度日数について

① 傷害総合保険・積立傷害保険の場合

■シニア専用プラン（まも～るプラン）以外

【2017年1月1日以降保険始期契約】

- 限度日数・・・通院は30日（または90日）、入院は1,000日がお支払いの限度日数となります。
- 対象期間・・・通院保険金については、おケガをされた日からその日を含めて1,000日以内の通院がお支払い対象となります。

※2017年1月1日以降保険始期契約では、原則、通院保険金支払限度日数変更特約（30日）がセットされるため、通院の限度日数は30日です。この特約がセットされていない契約は90日を限度とします。

【2013年10月1日以降保険始期契約】

- 限度日数・・・通院は90日、入院は1,000日がお支払いの限度日数となります。
- 対象期間・・・通院保険金については、おケガをされた日からその日を含めて1,000日以内の通院がお支払い対象となります。

【2013年9月30日以前保険始期契約】

- 限度日数・・・通院は90日、入院は通院とあわせて1,000日がお支払いの限度日数となります。
- 対象期間・・・おケガをされた日からその日を含めて1,000日以内の入院・通院がお支払い対象となります。

■シニア専用プラン（まも～るプラン）

【2013年10月1日以降保険始期契約】

- 限度日数・・・入院・通院それぞれ30日がお支払いの限度日数となります。
- 対象期間・・・通院保険金については、おケガをされた日からその日を含めて1,000日以内の通院がお支払い対象となります。

※シニア専用プランの場合、実際に入院された期間が合計で30日以上となった場合、傷害入院一時金のお支払い対象となることがあります。

【2013年9月30日以前保険始期契約】

- 限度日数・・・通院の場合は30日、入院の場合は通院とあわせて30日がお支払いの限度日数となります。
- 対象期間・・・おケガをされた日からその日を含めて30日以内の入院・通院がお支払い対象となります。

※シニア専用プランの場合、実際に入院された期間が合計で30日を超えた場合、傷害入院一時金のお支払い対象となることがあります。

② 上記①以外の傷害保険の場合

- 限度日数・・・通院は90日、入院は通院とあわせて180日がお支払いの限度日数となります。
- 対象期間・・・おケガをされた日からその日を含めて180日以内の入院・通院がお支払い対象となります。

3 損保ジャパン日本興亜からの連絡事項

(1) 保険金のご請求時期

入院保険金・通院保険金については以下のいずれかの場合に、保険金請求書類をご提出ください。

- ① 治療が終了したとき
- ② 治療中であってもお支払い対象期間を超過した場合
- ③ 治療中であってもお支払い限度日数を超過した場合

(2) 診断書のお取り付けについて

診断書のお取り付けに際して発生する文書料は、お客さま負担となります。

入院保険金と通院保険金のお支払合計額（表面2(1)の①通院保険金と②入院保険金の合計）が10万円以下の場合には診断書に代えて「入院・通院申告書」での対応が可能です。詳細は保険金サービス課担当者までお問い合わせください。

 ※お客さまのご契約の内容により対象期間、限度日数が異なりますのでご注意ください。

保険金請求書（傷害保険）

兼 個人情報の取扱いに関する同意書

ご注意

●ご記入の際は、ボールペン等（鉛筆以外）をご使用ください。

■訂正をいただく際のご注意

●訂正がある場合は、二重線で訂正しご記入ください。

※ご記入日を西暦でお書きください。20 18年 10月17日

① ご請求日

●この保険金請求書（傷害保険）をお書きになった日付を、西暦でご記入ください。

② おケガをされた日

●おケガをされた日付を西暦でご記入ください。

③ 保険金請求者

●保険金請求者は、原則として、おケガをされた方ご本人です。
●おケガをされた方が未成年者の場合は、親権者の氏名をご記入ください。
●ご契約に法人契約特約が付帯されている場合は保険金請求者は法人となります。
※保険金請求者が不明な場合は、損保ジャパン日本興亜担当者または取扱代理店にお問合せください。
⚠️ フリガナも必ずご記入ください。

●被保険者（おケガをされた方）と保険金請求者の関係を○で囲んでください。

●平日・日中のご連絡先として、ご自宅の電話番号、および携帯電話または勤務先の電話番号をご記入ください。また、ご記入いただいた電話番号の項目を必ず○で囲んでください。

④ 被保険者

●被保険者は、おケガをされた方ご本人です。
●おケガをされた方が未成年者の場合は、親権者がお子さまの氏名をご記入ください。
⚠️ フリガナも必ずご記入ください。

⑤ 証券番号

●ご契約いただいている保険の「証券番号」をご記入ください。

⑥ 他のご契約

今回の件について同一の補償をする他の保険契約の(無)・(有)を選択ください。(有)を選択した場合は、ご契約内容を右欄にご記入ください。

⚠️ おケガをされた方以外のご家族の契約やご勤務先、所属する団体等のご契約で補償となる場合もあります。
ご契約されている保険をいま一度ご確認ください。
(例) ご家族がご契約されている「家族型の傷害保険」、「自動車保険」
ご勤務先や所属する団体等が契約されている傷害保険 等

⑦ 保険金振込口座

⚠️ 通帳をご確認のうえ、正確にご記入ください。
金融機関またはゆうちょ銀行のいづれかひとつをご記入ください。

ゆうちょ銀行以外の金融機関の場合

●金融機関名、支店名、店番、口座番号（右詰め）を、ご記入ください。

ゆうちょ銀行の場合

●通帳記号5桁、通帳番号（右詰め）をご記入ください。

⚠️ 通帳に記載されている「記号」と「番号」をご記入いただければ、ゆうちょ銀行の新通帳に記載されている「店名」「店番」「口座番号」のご記入は不要です。

●口座名義人のお名前をカタカナでご記入ください。フリガナの濁点と半濁点は一字としてご記入ください。

ソ ン ホ ° タ ロ ウ

●受取人の氏名は口座名義人が保険金請求者と異なる場合のみご記入ください。

⚠️ 印鑑の枠内にははっきりとご捺印ください。

■ご捺印をいただく際のご注意

一般の方：実印・認印のいずれかでご捺印ください。
法人の方：法人印（角印か丸印）でご捺印ください。

損害保険ジャパン日本興亜株式会社 表面
保険金請求書（傷害保険） 兼 個人情報の取扱いに関する同意書

ご記入日 2018年10月17日
おケガをされた日 2018年9月2日

3 保険金請求者
フリガナ ソンポ タロウ
氏名 損保 太郎
住所 東京都 新宿区 西新宿 1-26-1
フリガナ シンジュク ニシシンジュク

4 被保険者
フリガナ ソンポ イチロウ
氏名 損保 一郎
性別 男
生年月日 1999年1月1日
年齢 19才

5 証券番号 0901234XXXX

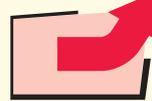
6 他のご契約
他のご契約 保険会社等の名称 保険の種類 証券番号 契約者名 保険金請求手続き
(無) (有) (無) (有) (無) (有)
傷害保険 5678901234 損保太郎 (有) (有)

7 保険金振込口座
保険会社以外(ゆうちょ銀行を除く)は必ず住所前所轄に請求印と同じ印鑑をご捺印ください。
ソ ン ホ ° タ ロ ウ
支店名 ひまわり 新宿
口座番号 0011234567
ゆうちょ銀行 支店番号

代理店記入欄 20 年 月 日 管理使用欄

SOMPO ホールディングス
損害保険ジャパン日本興亜株式会社





裏面も
ご確認ください

保険金請求書 (傷害保険)

兼 個人情報の取扱いに関する同意書

ご記入前
ご確認ください。

● ご記入ガイドをご確認いただき、太枠内をご記入ください。

- 以下のとおり、損害保険ジャパン日本興亜株式会社 (以下「損保ジャパン日本興亜」といいます。) との保険契約に基づき、保険金を請求します。
- 本書裏面「個人情報の取扱いに関する事項」のとおり、損保ジャパン日本興亜の本保険金請求に関する個人情報の取扱いに同意します。
- 下記「⑦保険金振込口座」への振込をもって保険金を受領したものと認めます。

① ご請求日

※ご記入日を西暦でお書きください。

20 年 月 日

② おケガをされた日

※西暦でお書きください。

20 年 月 日

③ 保険金請求者

原則として、おケガをされた方ご本人です。ご本人が未成年者の場合は親権者の方が保険金請求者になります。

氏名	フリガナ	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親権者 <input type="checkbox"/> 相続人 <input type="checkbox"/> その他 ()
	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> フリガナ	
住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> フリガナ (都道府県)	印 <input type="checkbox"/> (ご捺印ください)
	(電話番号)	自宅 () 携帯 () 勤務先 ()

④ 被保険者

氏名	フリガナ	性別	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	生年月日	年 月 日生 () 才
	※おケガをされた方 (保険金請求者と同じ)				

⑤ 証券番号

おわかりにならない場合は、ご記入不要です。

⑥ 他のご契約

今回の件について、同一の損害または費用を補償する他のご契約がありましたら、ご記入ください。

他のご契約	保険会社等の名称	保険の種類	証券番号	契約者名	保険金請求の手續き
<input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/> 有 ※有の場合は右欄にご記入ください					<input type="radio"/> 未 <input type="radio"/> 済
					<input type="radio"/> 未 <input type="radio"/> 済

⑦ 保険金振込口座

通帳をご確認のうえ、正確にご記入ください。

保険金振込先 (誤りを訂正する際は必ず訂正箇所にご請求印と同じ印鑑をご捺印ください。)						
口座名義 (カタカナ) 預金口座欄とも ご記入ください。	住所			TEL ()		
	① 普通・総合 ② 当座 ③ 貯蓄			店番		
(銀行) (信託銀行) (信金) (信組) (簡工中金) (労金) (農協)	(本店) (支店) (出張所)			口座番号		
<input type="radio"/> ゆうちょ銀行	通帳記号	-		通帳番号		

以下の受取人の氏名は口座名義人が保険金請求者と異なる場合のみご記入ください。

受取人	氏名
	<input type="text"/>

続けて裏面もご確認ください

代理店記入欄	受領日	20 年 月 日	受領者	管理使用欄
--------	-----	----------	-----	-------



SOMPO ホールディングス

損害保険ジャパン日本興亜株式会社

【個人情報の取扱いに関する事項】

損保ジャパン日本興亜（以下、「当社」と言います。）は、本保険金請求に関する個人情報を、保険引受・支払いの判断、本契約の履行、付帯サービスの提供、損害保険等当社の取り扱う商品・各種サービスの案内・提供、アンケートの実施、等を行うこと（以下、「当社業務」と言います。）に利用します。また、下記①から④まで、当社業務上必要とする範囲で、取得・利用・提供または登録を行います。

- ①当社が、当社業務のために、業務委託先（保険代理店を含みます。）、保険仲立人、医療機関、保険金の請求・支払いに関する関係先、等に提供を行い、またはこれらの者から提供を受けることがあります。なお、これらの者には外国にある事業者等を含みません。
- ②当社が、保険制度の健全な運営のために、一般社団法人日本損害保険協会、損害保険料率算出機構、他の損害保険会社、等に提供もしくは登録を行い、またはこれらの者から提供を受けることがあります。
- ③当社が、再保険契約の締結や再保険金等の受領のために、国内外の再保険会社等に提供を行うこと（再保険会社等から他の再保険会社等への提供を含みます。）があります。
- ④当社が、国内外のグループ会社や提携先会社に提供を行い、その会社が取り扱う商品・サービスの案内・提供およびその判断等に利用することがあります。

なお、保健医療等のセンシティブ情報（人種、信条、社会的身分、病歴、犯罪の経歴、犯罪被害事実等の要配慮個人情報を含みます。）の利用目的は、法令等に従い、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定します。

当社の個人情報の取扱いに関する詳細（国外在住者の個人情報を含みます。）、グループ会社や提携先会社、等については当社公式ウェブサイト (<https://www.sjnk.co.jp/>) をご覧ください。

【保険金の支払方法・時期（履行期）について】

保険金の支払方法・時期（履行期）については、以下の期間内に保険金をお支払いします。

- ①「保険金請求に必要な書類」に記載された書類をご提出いただく等、必要な手続きを完了した日からその日を含めて30日以内に、保険金をお支払いするために必要な事項の確認を終え、保険金をお支払いします。
ただし、特別な照会・調査等が不可欠な場合、損保ジャパン日本興亜は確認が必要な事項およびその確認を終えるべき時期を通知し、お支払いまでの期間を延長することがあります。お支払いまでの期間を延長する場合には、担当者から別途連絡いたします。
- ②期間を延長する場合の例については、下表をご参照ください。

期間を延長する場合	延長後の日数
警察、検察、消防その他の公の機関による捜査・調査結果の照会を行う場合	180日
医療機関、検査機関その他の専門機関による診断、鑑定等の結果の照会を行う場合	90日
後遺障害の内容およびその程度を確認するための、医療機関による診断、後遺障害の認定に係る専門機関による審査等の結果の照会	120日
災害救助法（昭和22年法律第118号）が適用された災害の被災地域における必要な事項の確認のための調査を行う場合	60日
日本国内において行うための代替的な手段がない場合の日本国外における調査	180日

※延長する期間は、商品や事故内容によって異なります。具体的には、期間を延長する場合に担当者よりご案内いたします。

- ③同一の事故により複数の種類の保険金をお支払いする場合には、保険金請求権の発生時期や保険金請求書類が異なる保険金についても、特別のご要望がない限り、保険金を同時にお支払いします。



裏面も
ご確認ください

保険金請求書 (火災・新種保険)

兼 他の保険契約等の保険金請求に関する同意書 兼 個人情報の取扱いに関する同意書

ご記入前
ご確認ください。

● ご記入ガイドをご確認いただき、太枠内をご記入ください。

- 以下のとおり、損害保険ジャパン日本興亜株式会社 (以下「損保ジャパン日本興亜」といいます。) との保険契約に基づき、保険金を請求します。
- 本書裏面「他の保険契約等の保険金請求に関する事項」に同意します。
- 本書裏面「個人情報の取扱いに関する事項」のとおり、損保ジャパン日本興亜の本保険金請求に関する個人情報の取扱いに同意します。
- 下記「⑥保険金振込口座」への振込みをもって保険金を受領したものと認めます。

① ご請求日

※ご記入日を西暦でお書きください。

20 年 月 日

② 事故にあわれた日

※西暦でお書きください。

20 年 月 日

③ 保険金請求者 (被保険者)

原則として、事故にあわれた方ご本人です。ご本人が未成年者の場合は親権者の方が保険金請求者になります。

氏名	フリガナ	ご捺印 ください	印	被保険者との関係		
				本人	親権者	相続人
住所	〒	フリガナ	電話番号	自宅	()	
	(都道府県)			携帯	勤務先	()

④ 証券番号

おわかりにならない場合は、ご記入不要です。

⑤ 他のご契約

❗️お願い 今回の件について、同一の損害または費用を補償する他のご契約がありましたら、必ずご記入ください。

他のご契約	保険会社等の名称	保険の種類	証券番号	契約者名	保険金請求の手続き
無 有 →					未 済
※有の場合は右欄にご記入ください					未 済

⑥ 保険金振込口座 (1)

通帳をご確認のうえ、正確にご記入ください。

○ 保険料振替口座へ保険金の振込みを希望します。 保険料振替口座をお持ちの方は指定が可能です。

保険金振込先 (誤りを訂正する際は必ず訂正箇所にご捺印と同じ印鑑をご捺印ください。)

口座名義 (カタカナ)	住所	TEL ()	口座種類	① 普通・総合	店番	
				② 当座	口座番号	
預金口座	銀行	本店	支店	出張所		
	信組	通帳記号	通帳番号			

○ 請求者住所と同じです。 ○ 請求者住所と異なり以下の通りです。

口座名義人が保険金請求者と異なる場合のみご記入ください。 受取人氏名 (漢字)

⑥ 保険金振込口座 (2)

保険金振込先が2箇所となる場合のみご記入ください。

○ 保険料振替口座へ保険金の振込みを希望します。 保険料振替口座をお持ちの方は指定が可能です。

保険金振込先 (誤りを訂正する際は必ず訂正箇所にご捺印と同じ印鑑をご捺印ください。)

口座名義 (カタカナ)	住所	TEL ()	口座種類	① 普通・総合	店番	
				② 当座	口座番号	
預金口座	銀行	本店	支店	出張所		
	信組	通帳記号	通帳番号			

○ 請求者住所と同じです。 ○ 請求者住所と異なり以下の通りです。

口座名義人が保険金請求者と異なる場合のみご記入ください。 受取人氏名 (漢字)

続けて裏面もご確認ください

代理店記入欄	20 年 月 日	管理使用欄
--------	----------	-------



【他の保険契約等の保険金請求に関する事項】

同一の損害または費用に対して、支払責任を負う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いません。以下同様とします。）から、保険契約等で定められた保険金等の額を超えてお支払いを受けた場合には、その超えた額を、損保ジャパン日本興亜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（損保ジャパン日本興亜または他の保険契約等の損害保険会社・共済等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、他の保険契約等がある場合、損保ジャパン日本興亜がその保険契約等の損害保険会社・共済等に対して、損保ジャパン日本興亜の負担すべき部分（他の保険契約等がないとする場合に各損害保険会社・共済等が支払うべき保険金等の額の合計額に対する損保ジャパン日本興亜の支払うべき額の割合をてん補損害額に乗じて得た額）を超えて支払った額を求償することに同意します。

【個人情報の取扱いに関する事項】

損保ジャパン日本興亜（以下、「当社」と言います。）は、本契約に関する個人情報を、保険引受・支払いの判断、本契約の履行、付帯サービスの提供、損害保険等当社の取り扱う商品・各種サービスの案内・提供、アンケートの実施、等を行うために利用するほか、下記①から④まで、その他業務上必要とする範囲で、取得・利用・提供または登録を行います。

- ①当社が、上記業務のために、業務委託先（保険代理店を含みます。）、保険仲立人、医療機関、保険金の請求・支払いに関する関係先、等に提供を行い、またはこれらの者から提供を受けることがあります。なお、これらの者には外国にある事業者等を含みます。
- ②当社が、保険制度の健全な運営のために、一般社団法人日本損害保険協会、損害保険料率算出機構、他の損害保険会社、等に提供もしくは登録を行い、またはこれらの者から提供を受けることがあります。
- ③当社が、再保険契約の締結や再保険金等の受領のために、国内外の再保険会社等に提供を行うこと（再保険会社等から他の再保険会社等への提供を含みます。）があります。
- ④当社が、国内外のグループ会社や提携先会社に提供を行い、その会社が取り扱う商品等の案内・提供およびその判断等に利用することがあります。

なお、保健医療等のセンシティブ情報（要配慮個人情報を含みます。）の利用目的は、法令等に従い、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定します。

当社の個人情報の取扱いに関する詳細（国外在住者の個人情報を含みます。）、グループ会社や提携先会社、等については当社公式ウェブサイト（<http://www.sjnk.co.jp/>）をご覧ください。下記の窓口までお問い合わせをお願いします。

お問い合わせ窓口：損保ジャパン日本興亜 カスタマーセンター

電話番号 0120-888-089

受付時間 平日 午前9時～午後8時

土日祝日 午前9時～午後5時（12月31日～1月3日は休業）

【保険金の支払方法・時期（履行期）について】

保険金の支払方法・時期（履行期）については、以下の期間内に保険金をお支払いします。

- ①「保険金請求に必要な書類」に記載された書類をご提出いただく等、必要な手続きを完了した日からその日を含めて30日以内に、保険金をお支払いするために必要な事項の確認を終え、保険金をお支払いします。
ただし、特別な照会・調査等が不可欠な場合、損保ジャパン日本興亜は確認が必要な事項およびその確認を終えるべき時期を通知し、お支払いまでの期間を延長することがあります。お支払いまでの期間を延長する場合には、担当者から別途連絡いたします。
- ②期間を延長する場合の例については、下表をご参照ください。

期間を延長する場合	延長後の日数
警察、検察、消防その他の公の機関による捜査・調査結果の照会を行う場合	180日
医療機関、検査機関その他の専門機関による診断、鑑定等の結果の照会を行う場合	90日
後遺障害の内容およびその程度を確認するための、医療機関による診断、後遺障害の認定に係る専門機関による審査等の結果の照会	120日
災害救助法（昭和22年法律第118号）が適用された災害の被災地域における必要な事項の確認のための調査を行う場合	60日
日本国内において行うための代替的な手段がない場合の日本国外における調査	180日

※延長する期間は、商品や事故内容によって異なります。具体的には、期間を延長する場合に担当者よりご案内いたします。

- ③同一の事故により複数の種類の保険金をお支払いする場合には、保険金請求権の発生時期や保険金請求書類が異なる保険金についても、特別のご要望がない限り、保険金を同時にお支払いします。