

OVERSEAS TRAVEL INSURANCE CLAIM FORM

海外旅行保険金請求書兼状況報告書（裏面：海外用診断書）

Chubb 損害保険株式会社 宛

（ご注意） 1 2 4 5…必ずご記入ください。 3…保険金請求権を委任する場合及び治療費を直接病院へ支払うことを希望する場合、ご記入ください。
6 7 8 9…事故の内容により該当欄にご記入ください。 10…海外の病院で治療を受けた場合、診断書もお取付けください。

1 同意書（CONSENT）

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 PHOTOCOPY OF THIS FORM SHALL BE CONSIDERED AS EFFECTIVE, AND VALID AS THE ORIGINAL.

1. 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.

2. 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が、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.

3. 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、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.

4. 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、その損害保険会社・共済等が貴社へ提供すること、また貴社から提供を受け、利用することについて同意します。

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.

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。さらに、下記署名人はこの保険金請求者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 PHOTOCOPY 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(OTA) 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.

お客様に関する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お客様に関する情報（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（<http://www.chubb.com/jp/>）をご覧ください。

(1) 主な利用目的について

- 弊社または弊社のグループ会社が取り扱う損害保険の案内、募集および販売
- 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
- 損害保険契約の引受審査、引受、履行および管理

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 ABOVEMENTIONED TERMS, AND HEREBY FILE AN INSURANCE CLAIM WITH CHUBB INSURANCE.

- 適正な保険金・給付金の支払
- 新たな商品・サービス開発、問い合わせ・依頼等への対応
- その他、お客様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

- 法令に基づく場合
- 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
- 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

必ずご記入ください。

契約証・証券番号／CERTIFICATE OR POLICY NO.		請求日／DATE 年 月 日	
請求者の署名 SIGNATURE OF CLAIMANT	住所／ADDRESS 〒 ー 日中の連絡先 ※必ずご記入ください。 自宅 勤務先 携帯		
	フリガナ 氏名 NAME (印) ※保険の対象者が未成年の場合、親権者の方が請求者になります。	生年月日／DATE OF BIRTH 年 月 日 性別／SEX 男 女	
被保険者 INSURED	被保険者との関係／RELATIONSHIP WITH INSURED		
	住所／ADDRESS 〒 ー (請求者に同じ) 日中の連絡先 ※必ずご記入ください。 自宅 勤務先 携帯		
	フリガナ 氏名 NAME (請求者に同じ) 生年月日／DATE OF BIRTH 年 月 日 性別／SEX 男 女		
職業／OCCUPATION		勤務先／PLACE OF EMPLOYMENT TEL	

2 保険金銀行振込指図（PAYMENT INSTRUCTION FOR BANK TRANSFER）必ずご記入ください。

保険金は下記口座へ振り込んでください。口座への振込をもって支払がなされたものと認めます。

PLEASE REMIT THE INSURANCE MONEY TO THE FOLLOWING ACCOUNT.

金融機関 (ゆうちょ銀行以外) ／BANK	銀行 信用金庫 J A 信用組合		フリガナ 支店 出張所
	預金項目／KIND OF A/C	支店／BRANCH	口座番号／ACCOUNT No.
	1. 普通 2. 当座 9. 別段		口座名義 (カタカナ) ／NAME OF A/C
ゆうちょ銀行 ／JAPAN POST BANK	通帳番号 (5ケタ) 1 0		通帳番号 (8ケタ)
			口座名義 (カタカナ) ／NAME OF A/C

3 委任状 (POWER OF ATTORNEY)

委任状 / POWER OF ATTORNEY	被保険者の署名 / SIGNATURE OF INSURED
私は、左記保険金請求者又は私を治療した病院・医師を代理人と定め、当該事故（疾病）に係る保険金の請求並びに受領に関する一切の権限を委任します。 I HEREBY APPOINT THE CLAIMANT ABOVE AND THE PHYSICIAN OR THE HOSPITAL AS MY REPRESENTATIVE TO FILE THE CLAIM ON MY BEHALF IN CONNECTION WITH THE ACCIDENT DESCRIBED HEREIN.	印

4 他の保険契約 (OTHER INSURANCE) **必ずご記入ください。**

①クレジットカードには海外旅行保険が自動付帯されている場合がございます。そのようなカードをお持ちですか。 ☐ いいえ NO ☐ はい YES
お持ちのカードで該当があれば [] 内に○をし、() 内にカード番号をご記入ください。
/ SOMETIMES CREDIT CARD COMPANIES OFFER CREDIT CARDS WITH NO-ADDITIONAL CHARGE INSURANCE ATTACHED. IF YOU HAVE ANY OF SUCH CARDS, PLEASE CIRCLE THE CORRESPONDING BRACKETS AND FILL IN YOUR CREDIT CARD NUMBERS.

[] VISAカード ()	[] ダイナースカード ()
[] JCBカード ()	[] アメックスカード ()
[] JALカード ()	今回のご旅行時の航空券をアメックスカードにて購入されましたか。
[] ANAカード ()	☐ いいえ NO ☐ はい YES
[] その他海外旅行傷害保険特約付帯カード	カード名 () カード番号 ()
	() () () ()
	() () () ()

②他に契約されている海外旅行保険はございますか。又は海外旅行保険以外で携行品損害を対象とする他の保険契約（積立女性保険・積立夫婦保険等）がございましたか。
/ HAVE YOU PURCHASED ANY OTHER OVERSEAS TRAVEL INSURANCE FOR THIS TRIP? HAVE YOU ALSO PURCHASED ANY INSURANCE POLICY OTHER THAN OUR OVERSEAS TRAVEL INSURANCE, SUCH AS A SAVING TYPE PRODUCT FOR WOMEN OR A SAVING TYPE PRODUCT FOR A MARRIED COUPLE?
☐ いいえ NO ☐ はい YES ☐ はい YESの場合、下記にご記入ください。いいえ NOの場合でも②③にご記入ください。
/ IF YOU CIRCLED "YES", PLEASE FILL OUT ALL OF FOLLOWINGS. IF YOU CIRCLED "NO", PLEASE FILL OUT ONLY ITEMS ②&③.

保険会社名 / OTHER INSURANCE	証券番号 / POLICY NUMBER
-------------------------	----------------------

③今回の事故について他の保険会社又はクレジットカード会社へ事故報告をされていますか。
/ HAVE YOU REPORTED OF YOUR ACCIDENT IN QUESTION TO ANY OTHER INSURANCE COMPANIES OR CREDIT CARD COMPANIES?
☐ はい YES (会社名 報告日時 TEL NO 担当者名)
☐ いいえ NO

5 事故又は病気の内容 (DETAILS OF ACCIDENT OR SICKNESS)

日時 / DATE&TIME 年 月 日	届出警察署 / POLICE'S NAME	届出年月日 / DATE OF REPORT 年 月 日	受理番号 / REPORT NO.
国および都市 / COUNTRY&CITY			初診日 / DATE OF FIRST CONSULTATION 年 月 日
現地でキャッシュレス・メディカル・サービスを受けられましたか? ☐ いいえ NO ☐ はい YES / WAS IT RECEIVED CASHLESS MEDICAL SERVICE LOCALLY ?			
状況 / CIRCUMSTANCE (事故又は病気の状況を具体的にご記入ください)			

6 傷害疾病事故 (ACCIDENT/SICKNESS) (1 2 4 5 6 欄をご記入ください。海外の医療機関に弊社からの直接支払いをご希望される場合は3欄もご記入ください。)

傷害または疾病名及び症状 / NATURE&CONDITION OF INJURY OR SICKNESS	病院または医師の住所・氏名 / NAME&ADDRESS OF HOSPITAL OR DOCTOR TEL
以前に本症状に関して治療を受けたことがありますか? ☐ いいえ NO ☐ はい YES / HAVE YOU EVER HAD ANY TREATMENT FOR THIS CONDITION?	治療・救援費用保険金請求額 / AMOUNT CLAIMED
現在まだ治療中ですか? ☐ いいえ NO ☐ はい YES / ARE YOU NOW UNDER MEDICAL TREATMENT?	治療終了見込 / 年 月 頃

7 携行品 (BAGGAGE) (1 2 4 5 7 欄をご記入ください。)

品名 / DAMAGED ITEM	数量 / QUANTITY	購入年月日 / DATE OF PURCHASE	購入先 / PLACE OF PURCHASE	領収書・保証書の有無 / HAVING RECEIPT / CERTIFICATE OR NOT	実購入価格 / ACTUAL COST	会社使用欄
				☐ 有 ☐ 無	¥	
				☐ 有 ☐ 無	¥	
				☐ 有 ☐ 無	¥	
				☐ 有 ☐ 無	¥	

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品につき、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 印

8

賠償事故 (LIABILITY) (12458 欄をご記入ください。)

☐ 財物損害／PROPERTY DAMAGE	☐ 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、この欄もご記入ください。 レンタカー会社名 レンタル契約書番号 レンタカー会社名 住所 レンタカー車名・車種 登録番号 ／NAME OF RENT-A-CAR COMPANY ／RENTAL AGREEMENT NO. ／ADDRESS ／NAME OF VEHICLE RENTED ／LICENSE NO.		

9

その他の保険金請求 (CERTIFIED STATEMENT OF FLIGHT & BAGGAGE DELAY) ／支出明細 (ITEMIZED STATEMENT OF EXPENSES) (12459 欄をご記入ください。)

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.					
☐ 航空機遅延／Delayed Flight		☐ 寄託手荷物／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 ()	
領収証番号 ／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	

※領収書の原本を添付してください

10

診断書 (海外の病院の場合には担当医に以下の記入をご依頼ください。)(ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT)

NAME OF PATIENT ／患者氏名		AGE ／年齢	
NATURE&CONDITION OF INJURY OR SICKNESS ／傷害および経過			
—ACCIDENT—／傷害の場合		—SICKNESS—／疾病の場合	
DATE OF ACCIDENT ／事故発生日 PLACE OF ACCIDENT ／事故発生場所		IS CONDITION DUE TO PREGNANCY? ／妊娠による疾病ですか ☐ YES／はい ☐ NO／いいえ IF "YES", WHEN WAS APPROXIMATE DATE OF COMMENCEMENT OF PREGNANCY? ／妊娠したのはいつ頃ですか	
IF FRACTURE OR DISLOCATION, STATE WHETHER COMPLETE OR INCOMPLETE. ／骨折又は脱臼の場合 ☐ COMPLETE／完全 ☐ INCOMPLETE／不完全 IF FRACTURE OF LONG BONES, STATE WHETHER FRACTURE IS AT SHAFT OR EXTREMITY. ／長い骨の時は骨折の場所 ☐ SHAFT／軸 ☐ EXTREMITY／末端		HAS PATIENT EVER HAD SAME OR SIMILAR SYMPTOMS? ／以前に同様の症状を訴えたことがありますか ☐ YES／はい ☐ NO／いいえ IF YES, IS THIS A CHRONIC ILLNESS? ／慢性疾患ですか? IF YES, GIVE THE DATE AND PLACE OF THE FIRST TREATMENT. 最初に治療を受けたのは、いつ、何処でしょうか?	
WAS IT CONFIRMED BY X-RAY ／骨折はX線で確認されましたか ☐ YES／はい ☐ NO／いいえ			
IF SURGICAL OPERATION PERFORMED, DESCRIBE DETAILS ／外科手術を受けた場合はその詳細を明記してください。			
WHEN DID PATIENT FIRST CONSULT WITH YOU FOR THIS CONDITION? ／患者がこの症状で始めて診療に来た日		DESCRIBE ANY OTHER SICKNESS AFFECTING PRESENT CONDITION ／現状の症状に影響する他の疾患を書いてください	
WAS PROFESSIONAL NURSING REQUIRED? ／職業看護婦の付添が必要でしたか ☐ YES／要す ☐ NO／要せず		IF YES ／必要期間 FROM 自 TO 至	
PROVIDE DATE OF TREATMENT AND TYPE OF TREATMENT RENDERED ／治療日、期間、治療の分類 ☐ OUT PATIENT／外来 FROM 自 TO 至		☐ HOME VISIT／往診 FROM 自 TO 至	
DATE OF ADMISSION ／入院年月日 DATE ／日付		DATE OF DISCHARGE ／退院年月日 DATE ／日付	
IS PATIENT STILL UNDER YOUR CARE FOR THIS CONDITION? ／患者は未だ治療中ですか ☐ YES／はい ☐ NO／いいえ		DATE OF RECOVERY OR TRANSFER ／何時治ゆ又は転医しましたか	
IF PATIENT HOSPITALIZED, PROVIDE NAME, TELEPHONE AND ADDRESS OF HOSPITAL ／入院したならばその病院名及住所・電話番号			
PROBABLE PERMANENT PHYSICAL DISABILITY ／後遺症の見込		PROFESSIONAL NURSING ／職業看護婦	
ITEMIZE AMOUNT PAID TO HOSPITAL&/OR DOCTOR ／治療費用 (項目別に) HOSPITALIZATIONS ／入院費		MEDICINES ／医療費	
X-RAY EXAMINATIONS ／X線検査費		OPERATING ROOM CHARGE ／手術室費用	
SURGICAL DRESSING ／包帯費		TOTAL ／合計	
THE OTHERS ／その他の治療費			
DATE ／日付		TEL ／電話	
ADDRESS ／住所		SIGNATURE ／氏名	
		ATTENDING PHYSICIAN ／担当医	

(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事があります。)

(注1) 海外旅行行程中に病気になる、旅行行程終了後72時間を経過するまでに医師の治療を受けたことを併せて証明してあるもの

(注2) 日本の医師の発行したものの（後遺症診断書参照）

(注3) 海外旅行行程終了後30日以内に死亡した場合は、旅行行程中および海外旅行行程中に病気になった、旅行行程終了後72時間を経過するまでに医師の治療を受けていたことを証明するもの

(注4) 病気で死亡、および入院の場合、その病気が保険料領収日または契約日のいずれか遅い日以降に発病したことを証明するもの

(注5) 第三者およびツーリストガイド・同行者・航空公司社等をいいます。

(注6) 死亡の場合は、亡医師診断書または死体検案書。危病の場合は、危病となった日と危病を証明する医師の診断書（いずれの場合も、死亡または危病の原因が疾病であること、その疾病が保険料領収日または責任期間開始日のうち、いずれか遅い日以降に発病したことを証明する医師の診断書）

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