

# 海外旅行保険 保険金請求書 (リスク細分型特定手続用海外旅行保険)

OVERSEAS TRAVEL INSURANCE CLAIM FORM FOR SPECIFIC PROCEDURE

ソニー損害保険株式会社 宛

TO:Sony Assurance Inc.

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、海外旅行保険金請求にかかる確認事項「1. 個人情報の取扱いに関する同意」「2. 医療情報の提供および事故調査に関する同意」「3. 他の保険契約等の保険金請求に関する同意」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。

## 保険金請求者、被保険者

請求日 (記入日)		年 月 日	契約証番号	
保険金請求者	住所	〒 -		
	フリガナ			
	署名	様	E-mail	
			電話番号	携帯電話 - - ご自宅 - -
			FAX	- -
被保険者	フリガナ			
	氏名	<input type="checkbox"/> 保険金請求者と同じ	生年月日	年 月 日

## 委任状

※ 保険金ご請求手続きを代理の方に委任される場合のみご記入ください。

私は上記記載の保険金請求者を代理人と定め、本件に関わる保険金の請求受領に関する一切の権限を委任します。				
委任者 (被保険者)	住所	〒 -		
	フリガナ			
	署名	様	E-mail	
			電話番号	携帯電話 - - ご自宅 - -
			FAX	- -

## 他の保険契約等

同一の事故で保険金等が支払われる他の保険契約等がありましたら下記欄に必ずご記入ください。また、他に海外旅行保険が付帯されているクレジットカードをお持ちの場合も同様にご記入ください。(P.4 ■海外旅行保険が付帯されているクレジットカードについてをご参照ください)

他の海外旅行保険	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	保険会社名		証券番号		他保険への 保険金請求	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
海外旅行保険付帯の クレジットカード	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	クレジット カード名	<input type="checkbox"/> JCB <input type="checkbox"/> UC <input type="checkbox"/> DC <input type="checkbox"/> アメックス <input type="checkbox"/> オリコ <input type="checkbox"/> セゾン <input type="checkbox"/> 三井住友 VISA <input type="checkbox"/> エポス <input type="checkbox"/> JAL <input type="checkbox"/> ANA <input type="checkbox"/> JTB 旅カード <input type="checkbox"/> 楽天 <input type="checkbox"/> その他 ( )	旅行代金を 支払った カード		クレカ付帯 保険への 保険金請求	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

## 保険金支払指図欄

※ 該当の□にチェックしてください。

下記口座へ振込希望

金融機関	(ゆうちょ銀行以外)	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信金 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協	店名	<input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 支所	ゆうちょ銀行
			店番号		店番
	<input type="checkbox"/> 普通・総合 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄		口座番号		口座番号
	口座名義 (カナ)				

当社が提携する病院へ支払希望

( ) へ振込希望

その他希望 ( )

おケガ・ご病気の状況			
ケガをした日時または ご病気が発症した日時	年 月 日	発生場所 (国・都市)	
ケガの状況 ご病気の内容			

おケガ・ご病気の内容			
傷病名		(おケガの場合) 受傷部位	
初診日	年 月 日	キャッシュレスメディカル サービスの利用	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
入院	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 )		
(ご病気の場合) 今回と同症状の 過去の治療歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 )		
	(有の場合) <input type="checkbox"/> 治癒していた ( 年 月 日頃 ) <input type="checkbox"/> 治癒していない		

請求内容			
<input type="checkbox"/> 負担した費用の内容は、別紙「損害内容報告書」のとおり			
ご負担された費用	入院日 (費用発生日)	合計金額 (通貨)	領収書枚数
治療費・入院費			枚
処方薬等購入費			枚
弊社提出用診断書代			枚
(入院時) 国際電話料など通信費			枚
(入院時) 入院に必要な身の回り品			枚
			枚
			枚
入院のための 交通費	公共交通機関		枚
	自家用車		km × 回 利用

携行品・生活用動産					
※ 本事故により、お持ち物にご損害が生じた場合、ご記入ください。					
損害品目	メーカー名・型式・品番等	購入年月日	購入金額	購入時の領収書	修理金額 (破損の場合)
		年 月 日		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		年 月 日		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

※記入欄が足りない場合は、別紙に同じ要領でご記入のうえご提出ください。

その他支出した費用				
※ 本事故により、救援者費用や日本語ガイド等費用、旅行事故緊急費用、その他特約の対象となり、支出された費用があればご記入ください。				
支出した費用・項目	内容・内訳	支出した年月日	支出金額	領収書
		年 月 日		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		年 月 日		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

※記入欄が足りない場合は、別紙に同じ要領でご記入のうえご提出ください。

# 海外旅行保険金請求にかかる確認事項

## ■個人情報の取扱い等に関する同意

### 1. 個人情報の取扱いに関する同意

本件事故に関して、保険金支払および保険事故の調査などに必要な範囲において、個人情報を取得・利用すること、また法令等による場合や調査のために必要な場合には、業務委託先、調査先等へ提供することに同意します。また、他の保険契約等がある場合、その保険契約等の損害保険会社・共済等に対して、ソニー損害保険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、もしくは、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・共済等がソニー損害保険・ジェイアイ傷害火災保険へ提供すること、もしくは、ソニー損害保険・ジェイアイ傷害火災保険から提供を受け、利用することに同意します。

### 2. 医療情報の提供および事故調査に関する同意

被保険者を診察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、ソニー損害保険・ジェイアイ傷害火災保険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諾します。

### 3. 他の保険契約等の保険金請求に関する同意

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、共済契約など名称を問わず、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、クレジットカードに付帯された海外旅行保険を含みます。本書面では同様とします。）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、その超えた額について、ソニー損害保険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。

また、他の保険契約等がある場合、ソニー損害保険がその保険契約等の損害保険会社・共済等に対して、ソニー損害保険の負担部分を超える額を求償いたします。

## ■海外旅行保険が付帯されているクレジットカードについて

- お客様がお持ちになっているクレジットカードに本保険金請求の対象となる他の保険契約等が付帯されている場合、海外旅行保険金請求書の「他の保険契約等」欄に必ずご記入いただきますようお願いいたします。
- お客様がお持ちになっているクレジットカードには、お客様ご自身で海外旅行保険の申し込みをされていない場合でも、海外旅行保険が自動的に付帯されている場合がありますので、申告内容に漏れが生じないように、保険金請求書ご記入の際はご注意ください。
- 他の保険契約等の損害保険会社・共済等へ求償する際、クレジットカードによってはカード番号が必要になる場合があります。弊社よりお問合せをすることがありますのでご協力をお願いいたします。
- クレジットカード付帯の海外旅行保険に複数ご加入の場合、保険金のお支払方法は以下のとおりです。
  - ①傷害死亡保険金または後遺障害保険金をお支払する場合  
傷害死亡・後遺障害の保険金額は合算されず、いずれかの保険契約のうち最も高い保険金額が限度となります。なお、法人カード（法人等がカード利用代金支払債務を負うものをいいます）とそれ以外のカードをお持ちの場合は、法人カードとそれ以外のカードごとに、それぞれの保険契約のうち最も高い保険金額が限度となります。
  - ②①以外の保険金をお支払する場合  
それぞれの保険契約の支払限度額を限度とし、約款に定める支払方法により保険金をお支払します。