

海外旅行保険金ご請求のご案内(リスク細分型特定手続用)

この度は、ソニー損保の海外旅行保険をご利用いただき厚く御礼申し上げます。

保険金のご請求にあたり、必要な書類は下記のとおりです。

お手数ではございますが、ご手配くださいますようお願い申し上げます。

なお、ご請求いただきました後、追加書類をお願いする場合もございますので、予めご了承ください。

書類送付先

〒104-6016 東京都中央区晴海1-8-10 晴海アイランド トリトンスクエア オフィスタワーX 16階
ジェイアイ傷害火災保険株式会社 お客様損害サービス部 ソニー損害保険担当 行

ソニー損保の海外旅行保険はジェイアイ傷害火災保険との提携商品です。事故およびトラブル時の対応サービスはジェイアイ傷害火災保険を通じてご提供いたします。

保険補償項目	ご提出をお願いする書類							主な支払項目	備考	
ご請求される保険金の種類 ・海外旅行保険金請求書の下記番号の欄をご記入下さい。	海外旅行保険金請求書(本書)	事故証明書 注1	医師の診断書	負担した費用の明細書および領収書	損害品の修理見積書および写真	購入時の価格・購入先を示す書類	ページと日本出入国スタンプ欄)	その他弊社が求める書類	<ul style="list-style-type: none"> 主な支払項目をあげています。お支払にあたってはそれぞれ条件があり、記載している費用でもお支払できない場合があります。 記載の他にも限度額が個別に設定されている場合があります。 支出した通貨が日本円以外の場合、お支払額が確定した日の前日の交換比率(レート)で日本円換算した保険金をお支払いします。ただし、クレジットカードの明細書など、実際に支出した日本円が明示された資料を提出いただいた場合には、その額でお支払できる場合もございます。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">詳しくは約款をご確認ください</div>	
治療費用(傷害) 共通 1 6 7	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> 治療のために支出した医師の診察費、手術費、処方薬剤費、義手義足修理費(傷害)、検査費、職業看護師費、入院費、医師の静養指示によるホテル客室料、緊急移送費、入院通院交通費、医療通訳費、弊社提出用診断書代など 	・(疾病) 妊娠に起因する疾病、歯科疾病は対象外(ご契約の内容によって妊娠初期の異常、緊急歯科治療が対象となる場合があります)							
治療費用(疾病) 共通 1 6	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> 入院時:国際電話料等通信費、身の回り品購入費(合計で20万円限度、身の回り品購入費は5万円限度) 治療後:行程復帰または直接帰国のための交通費、宿泊費 								
救援者費用 共通 5 6 7	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> 救援者の現地までの往復運賃、ホテル等客室料、移送費用、遺体輸送費用、遺体処理費用、諸雑費(救援者の渡航手続費、現地交通費、救援に必要な身の回り品購入費、国際電話料等通信費、救援に必要な通訳雇入費等)など 	<ul style="list-style-type: none"> 救援者費用は3名分限度 客室料は1名14日分限度 諸雑費は20万円限度 							
携行品損害 共通 2 7	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> 同等品再調達価額と修繕費相当額のいずれか低い額 乗車券等は再購入費(5万円限度) 現地での旅券再取得費、渡航書取得費(いずれも10万円限度) 国または都道府県に納付した運転免許証の再発給手数料 	<ul style="list-style-type: none"> 本人所有の物、旅行開始前に賃貸業者以外の者から無償で借り入れた物が対象 1個、1組または1対で10万円限度 							
個人賠償責任 共通 3 7	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> 責任期間中に生じた偶然な事故により、他人の身体の傷害や他人の財物の損壊、紛失について、法律上の賠償責任を負担することによって支払うべき損害賠償金など 								
航空機寄託手荷物遅延費用 共通 4 5	<input type="checkbox"/>	【定額払型】 ・1回の寄託手荷物遅延につき1万円 (目的地到着後6時間以上の航空機寄託手荷物遅延が生じ、目的地到着後96時間以内に、衣類購入費・生活必需品購入費・身の回り品購入費を負担した場合に限る)								
航空機遅延費用 共通 4 5	<input type="checkbox"/>	【定額払型】 ・1回の出発遅延等、搭乗不能または着陸地変更につき1万円 (代替便が利用可能となるまでに出発地・乗継地等でホテル等客室料、食事代、交通費、国際電話料等通信費、目的地における旅行サービス取消料などを負担した場合に限る)								
弁護士費用 共通 5 7	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> 弊社の同意を得て支出した損害賠償請求費用および弁護士に対する法律相談費用 	<ul style="list-style-type: none"> 法律相談または損害賠償請求を行う場合は、あらかじめ弊社にご連絡ください。 1回の被害事故につき損害賠償請求費用は100万円限度、法律相談費用は10万円限度 							
テロ等対応保険金 共通 5	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> テロ等対応保険金日額×帰国遅延日数 (交通費、宿泊施設の客室料、国際電話料等通信費を支出した場合に限る) 	<ul style="list-style-type: none"> 約款所定の事由により、最終目的地への到着が遅延した場合を対象とします。 旅行の最終目的地への到着予定日からその日を含めて10日限度 							
旅行キャンセル費用 共通 5	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> 出国中止したことにより払戻しを受けられない、またはこれから支払うことを要する旅行取消料、違約料、旅行業務取扱料、渡航手続費など 	<ul style="list-style-type: none"> 約款所定の事由による旅行キャンセルや旅行中断を対象とします。 約款所定の事由は契約日の翌日以後(キャンセルの場合)または出国以後(中断の場合)に発生していることが必要です。 							
旅行中断費用 共通 5	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> 中途帰国したときの帰国費用 (ただし、企画旅行の場合は、旅行中断費用保険金額×未消化日数/予定日数で算出した金額と帰国費用のいずれか高い額) 								
ペット預入延長保険金 共通 5 7	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> ペット預入延長保険金日額×ペット預入延長日数 (ペット専用施設の預入延長のための費用を支出した場合に限る) 	<ul style="list-style-type: none"> 約款所定の事由により、最終目的地への到着が遅延した場合を対象とします。 引取予定日の翌日から起算して7日限度 							

注1 公的機関、交通機関、宿泊機関、医療機関、旅行会社、添乗員等による事故証明書をいいますが、やむを得ず入手できない場合には、同行の知人・友人等親族以外の第三者による事故証明書でも結構です(保険金請求書7欄を使用ください)。

注2 負担した費用の明細書および領収書は原本のご提出が必要となりますが、定額払型の場合にはコピーのご提出でも結構です。

注3 公的機関または交通機関の事故証明書に限ります。

海外旅行保険金請求書(リスク細分型特定手続用)

OVERSEAS TRAVEL INSURANCE CLAIM FORM FOR SPECIFIC PROCEDURE

ソニー損害保険株式会社 御中 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、下記3項目について保険金請求者欄の署名をもって同意いたします。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, after appending my signature thereto. A photocopy of this form shall be considered as effective and valid as the original.

1. 医療情報の提供および事故調査に関する同意 AUTHORIZATION FOR PROVISION OF 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、貴社・ジェイアイ傷害火災保険株式会社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。

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 Sony Assurance Inc.・JI Accident & Fire Insurance Co., or its authorized representative, with any and all information or documents with respect to any sickness, injury or accident that relates to this case.

2. 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、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。

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

3. <個人情報の取扱い>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、国内・海外の業務委託先、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、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、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・共済等が貴社・ジェイアイ傷害火災保険株式会社へ提供すること、もしくは、貴社・ジェイアイ傷害火災保険株式会社から提供を受け、利用することに同意します。

※ 当社の個人情報の取扱いに関する詳細については、当社ウェブサイト(<https://www.sonysonpo.co.jp/>)をご覧ください。

共通

※保険金請求者は被保険者(保険の対象となる方)ご本人です。被保険者が未成年の場合、保険金請求者は保護者となります。

契約証・証券番号		記入日		年	月	日	
保険金請求者※	フリガナ	被保険者との関係					
	氏名	〒	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親権者 <input type="checkbox"/> 他()				
	住所						
	ご希望の連絡手段	<input type="checkbox"/> TEL ※日中連絡の取れる電話番号をご記入ください。 ① <input type="checkbox"/> 自宅、 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先 () () ② <input type="checkbox"/> 自宅、 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先 () ()					
		<input type="checkbox"/> FAX		職業・勤務先			
()		生年月日		性別			
<input type="checkbox"/> e-mail		年 月 日		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
被保険者	フリガナ	生年月日		性別		職業	
	氏名	(保険金請求者に同じ)		年 月 日 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
同一の損害または費用を補償する他の保険契約等がございますか? <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (ありの場合、詳細を下欄にご記入ください)		海外旅行保険が付帯されたクレジットカードをお持ちですか? (上記2. を参照) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (ありの場合、該当カードの□にチェックしてください)					
保険会社名		<input type="checkbox"/> JCB <input type="checkbox"/> 三井住友 <input type="checkbox"/> DC <input type="checkbox"/> UFJ <input type="checkbox"/> NICOS <input type="checkbox"/> Citi <input type="checkbox"/> ダイナース <input type="checkbox"/> アメックス <input type="checkbox"/> セディナ <input type="checkbox"/> ジャックス <input type="checkbox"/> アプラス <input type="checkbox"/> オリコ <input type="checkbox"/> ライフ <input type="checkbox"/> セゾン <input type="checkbox"/> UC <input type="checkbox"/> ANA <input type="checkbox"/> JAL <input type="checkbox"/> VIEW <input type="checkbox"/> JTB旅カード <input type="checkbox"/> JTB(他) <input type="checkbox"/> 他()					
証券番号							
事故または疾病が発生した日時		年	月	日	時頃		
事故または疾病が発生した場所		国名:		場所:			
事故の状況、疾病の内容などについてご記入ください							
保険金支払指図欄 (ご希望の□にチェック)	<input type="checkbox"/> ①下記口座へ振込希望						
	金融機関	①	銀行・信用金庫 その他()		店番	預金種目	口座番号
		ゆうちょ銀行	②	店番	支店	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	
			③	通帳記号	1	0	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
	フリガナ		通帳番号		口座名義人と保険金請求者の関係		
	口座名義				<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> 同行者 <input type="checkbox"/> 旅行会社 <input type="checkbox"/> その他()		
	<input type="checkbox"/> ②上記海外住所へ小切手を送付してください						
	<input type="checkbox"/> ③ジェイアイ傷害火災保険株式会社が提携する修理業者へ直接お支払いください						
	<input type="checkbox"/> ④治療を行った病院・医師へ直接お支払いください Please pay to the hospital / doctor directly.						
	<input type="checkbox"/> ⑤()へ直接お支払いください						

1 治療費用

初診日 年 月 日	以前に本症状に関して治療を受けたことがありますか？ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
傷害または疾病名および症状	“あり”の場合、いつですか？ 年 月～ 年 月				
入院 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	“あり”の場合、治療されていましたか？治療された時期はいつですか？ <input type="checkbox"/> 治療していた（ 年 月） <input type="checkbox"/> 治療していなかった				
治療に要した費用など <input type="checkbox"/> 負担あり <input type="checkbox"/> 負担なし	入院または通院のための交通費 <input type="checkbox"/> 負担あり <input type="checkbox"/> 負担なし				
項目	金額	交通機関	利用日	区間・経路・回数	金額
治療費・手術費等 (薬代、レントゲン等諸検査費 職業看護師費、入院室料 など)	¥・\$ ()				¥・\$ ()
医師の診断書費 (弊社提出用)	¥・\$ ()				¥・\$ ()
治療のために必要な通訳雇入費	¥・\$ ()	合 計			¥・\$ ()
(入院時)必要となった国際電話料等通信費 入院に必要な身の回り品購入費	¥・\$ ()	◆公共交通機関の場合は、区間と回数を記入してください。 ◆タクシーの場合は、領収証を添付してください。 ◆自家用車の場合は、区間・距離と回数を記入してください(金額の記入は不要です)。			
他 ()	¥・\$ ()				
合 計	¥・\$ ()				

2 携行品損害 ◆記入欄が足りない場合は、レポート用紙等の別紙にご記入ください。

盗難・火災等の場合、届出警察署 (官公署) :					届出番号 :	
損害品目 (型式・品番等詳細に)	数量	実購入金額	購入した場所・店	購入年月日	領収書	損害の状態 (破損の場合に箇所や状態を記入)
					<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
					<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
					<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
					<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	

3 個人賠償責任

第三者の財物への損害	所有者氏名	負傷者氏名
	住 所 TEL	住 所 TEL
	財物の種類、損害の程度	病院・医師氏名 傷害名
	請求金額 ¥・\$ ()	住 所 TEL

4 航空機遅延／航空機寄託手荷物遅延 航空会社等の証明書および費用を負担したことの分かる書類をご提出ください。

DATE OF OCCURRENCE 事故日 年 月 日	YEAR MONTH DAY	NAME OF AIR CARRIER 航空会社名
◆該当する事故種別の□にチェックし、その下の事項をご記入ください。 PLEASE CHECK ONE BOX AND FILL OUT BRANKS BELOW		
DEPARTURE DELAY <input type="checkbox"/> 出発遅延	CANCELLATION <input type="checkbox"/> 欠航 (連休)	OVERBOOKING <input type="checkbox"/> 予約瑕疵
ARRIVAL DELAY FOR CONNECTION <input type="checkbox"/> 乗継遅延	BAGGAGE DELIVERY DELAY <input type="checkbox"/> 寄託手荷物遅延	
DEPARTURE PORT 出発空港	CONNECTION PORT 乗継空港	DESTINATION PORT 到着空港
FLIGHT SUPPOSED TO DEPART 出発予定便	ARRIVAL FLIGHT TO CONNECTION PORT 乗継地への到着便	ARRIVAL FLIGHT 到着便
SCHEDULED DEPARTURE TIME 出発予定日時	ACTUAL ARRIVAL DATE & TIME 乗継地への到着日時	ARRIVAL DATE & TIME 到着日時
MONTH DAY HOUR MIN 月 日 時 分	MONTH DAY HOUR MIN 月 日 時 分	MONTH DAY HOUR MIN 月 日 時 分
ACTUAL FLIGHT 代替便	MISSED CONNECTION FLIGHT 乗継便	EVENTUAL DELIVERY 手荷物引渡
ACTUAL DEPARTURE DATE & TIME 実際の出発日時	SCHEDULED DEPARTURE DATE & TIME 乗継便出発予定日時	<input type="checkbox"/> 引渡済 DELIVERED <input type="checkbox"/> 引渡なし NOT DELIVERED
MONTH DAY HOUR MIN 月 日 時 分	MONTH DAY HOUR MIN 月 日 時 分	EVENTUAL DELIVERY DATE & TIME 引渡日時
MONTH DAY HOUR MIN 月 日 時 分	MONTH DAY HOUR MIN 月 日 時 分	MONTH DAY HOUR MIN 月 日 時 分
ACTUAL CONNECTION FLIGHT 代替便	ACTUAL DEPARTURE DATE & TIME 代替便の出発日時	
MONTH DAY HOUR MIN 月 日 時 分	MONTH DAY HOUR MIN 月 日 時 分	

5 各種費用 ご請求される費用の□にチェックし、ご記入ください。

- 救援者費用
 航空機遅延費用
 航空機寄託手荷物遅延費用
 弁護士費用
 テロ等対応保険金
 旅行キャンセル費用
 旅行中断費用
 ペット預入延長保険金

支出した費用（お支払対象となる項目については1ページの「主な支払項目」をご参照ください。）

支出した項目	人数・宿泊数等	支出日	内容(ご利用の区間、ホテル名等)	金額
		月 日		
		月 日		
		月 日		
		月 日		
		月 日		
		月 日		
		月 日		
		月 日		

◆旅行キャンセル費用/旅行中断費用のご請求の場合、以下もご記入ください。

旅行代金	予定されていた旅行日程 年 月 日 ~ 年 月 日	旅行を取りやめた日 年 月 日	取消料、違約料等
------	------------------------------	--------------------	----------

6 診断書

Medical Certificate

医師に記入を依頼してください。

患者氏名 Patient's name	患者生年月日 Patient's Date of Birth
症状が現れた日 Date of illness (first symptom) or injury	妊娠による疾病ですか? Is condition due to pregnancy? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
初診日 Date of first consultation	妊娠何週目でしょうか? If yes, how many weeks pregnant is the patient? weeks 週目
他の疾病の影響はございますか? Describe any other disease affecting present condition	来院前の投薬はありますか? Describe any other prescribed medication prior to visit
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 symptoms? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	いつ頃でしょうか? If yes, give approx date 以前の症状で実際に治療を受けましたか? If yes, did patient receive any treatment for prior symptoms by any doctor?
治療の期間 Period of your treatment	<input type="checkbox"/> Out patient 外来 Date: <input type="checkbox"/> Home visit 往診 Date: <input type="checkbox"/> Hospitalization 入院 From To
傷病名および経過 State diagnosis or nature of illness or injury	
他の機関で治療を受けたならば、その住所、病院名 Name & address of facility where services were rendered for this illness or injury	転医日 Date of transfer
治癒日 Date of Recovery	ホテルでの静養が必要でしたか? Did you instruct the patient to stay in a hotel room for recuperation? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes From To
職業看護師の付添が必要でしたか? Was professional nursing required? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes From To	必要であればその理由 If yes, please specify reason
電話 Tel	日付 Date
住所 Address	署名 Signature
	担当医 Attending physician

7 第三者の証明

親族以外の第三者に記入を依頼してください。公的機関や添乗員等の証明書がある場合、記入は不要です。

第三者の証明 Certificate of the third party	事故日時 Date & time	事故場所 Place
	事故状況 Details of the accident	
	上記を証明します。 I verify the above is true and correct	
	住所 Address	電話 Tel
氏名 Name	印	

傷害事故・携行品の事故で、第三者の証明書を取得できない場合には、下記にその理由をご記入ください。

第三者証明書は下記理由により取得できませんが、報告した事故の内容に相違ありません。

理由:

被保険者

印