

傷害保険・こども総合保険 保険金請求書

貴社が本保険金請求に関する個人情報、保険契約の履行（保険金支払の可否、支払金額の算定など）および各種サービスの提供のために取得、利用すること、ならびに貴社が業務上必要とする範囲において、個人情報を取得、利用、提供することに同意します。

ご確認ください							
請求項目に✓願います	ご記入いただく欄						
<input checked="" type="checkbox"/> おケガによるご請求	1	2	3	4	5	6	7 運転中の事故のみ
<input type="checkbox"/> ご病気によるご請求（こども総合保険のみ）	1	2	3		5		
<input type="checkbox"/> 特定感染症のご請求（こども総合保険のみ）	1	2	3	4	5		
<input type="checkbox"/> 熱中症のご請求（こども総合保険のみ）	1	2	3	4	5		
<input type="checkbox"/> 細菌性食中毒のご請求（こども総合保険のみ）	1	2	3	4	5		
<input type="checkbox"/> 育英費用のご請求（こども総合保険のみ）	1	2	3				

1. 契約情報			
保険証券番号または加入証明書番号	123PB456789、123PBF456789		
契約者氏名	茶部 一郎	契約者氏名フリガナ	チャブ イチロウ

2. 保険金請求者情報、ご連絡先			
※保険金請求者は原則として被保険者（ご病気・おケガを被られ治療を受けた方）となります。ただし、被保険者が未成年の場合は、親権者の方がご請求ください。			
治療を受けた方（被保険者）氏名	茶部 一郎	被保険者氏名フリガナ	チャブ イチロウ
契約者との関係	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親権者 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
親権者、法定相続人またはご遺族の氏名 ※本人が請求手続きできない場合のみ			
本請求についての問い合わせ先 <input checked="" type="checkbox"/> 契約者 <input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 親権者または法定相続人等の代理人			
メールアドレス	abcXX@XX.co.jp		
携帯番号	090 - XXXX - XXXX	日中連絡先 (携帯のない方のみ)	-
郵便番号	〒 141 - XXXX	住所	東京都品川区北品川X-X-XX ガーデンXXX ○○号室

3. 保険金支払先									
<input checked="" type="checkbox"/> 金融機関（ゆうちょ銀行以外）口座へ支払い希望 … 以下を記入ください									
金融機関名	三菱UFJ			<input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> 信用組合					
支店名	○○	<input type="checkbox"/> 本店 <input checked="" type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所		支店コード(3桁)	X	X	X	X	X
預金種目	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座		口座番号(7桁)	X	X	X	X	X	X
口座名義(カタカナ) ※被保険者本人名義口座を記載ください				チャブ イチロウ					
<input type="checkbox"/> ゆうちょ銀行口座へ支払い希望 … 以下を記入ください									
ゆうちょ銀行 通帳記号(5桁)					記号番号 (8桁)				
口座名義(カタカナ) ※被保険者本人名義口座を記載ください									

ご請求いただく項目に✓願います。

- 複数ある場合は該当するものすべてに✓願います
- 契約内容によりご請求いただける項目が異なるため、お手元の証券または加入証明書で補償内容を確認ください
- 弊社所定診断書または他保険会社書式の診断書を提出いただく場合は5.治療状況申告欄は記入不要です

今回ご請求される証券番号、加入証明書番号を記入ください。複数のご契約がある場合、請求されるすべての証券番号または加入証明書番号を記入ください。

保険証券または加入証明書記載の契約者名または加入者名を記入ください。

保険証券または加入証明書記載の被保険者名を記入ください。

被保険者が未成年、または亡くなられた場合のみ、ご請求手続きいただく方の名前を記入ください。

連絡先を記入ください。

- 弊社から連絡させていただく場合がございますので、メールアドレス、携帯電話を必ず記入ください
- 日中連絡可能な連絡先を記入ください

保険金の支払先口座を指定ください。

- 保険金の支払先は被保険者口座を指定願います。
- 被保険者が未成年の場合は親権者口座を指定いただけます。

※被保険者が未成年の場合は親権者口座をご指定いただけます。
被保険者が亡くなっているなど、代理請求の場合は別途書類のご提出をお願いいたします。

記入例

治療状況	<input type="checkbox"/> 治ゆ <input type="checkbox"/> 入院中 <input checked="" type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 治療中止 <input type="checkbox"/> その他 ()
後遺障害見込み	<input type="checkbox"/> 残存見込みなし <input checked="" type="checkbox"/> 残存見込みあり (医師から後遺障害残存について説明を受けている) ⇒ 以下に詳細をご申告ください
後遺障害について申告欄	手首の可動域制限が残るかもしれないと言われた

6. 治療費申告欄	
治療費の負担	<input checked="" type="checkbox"/> あり ⇒ <input checked="" type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> なし ⇒ <input type="checkbox"/> 公的医療制度や労災により支給 <input type="checkbox"/> 第三者が負担 (交通事故など)

※治療諸費用補償特約の付帯があり、治療費の請求を行う場合は別紙・治療費申告書を併せてご提出ください

7. 運転資格申告欄			
運転免許証 (事故時点で有効なもの)	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	有効期限 (YYYY/MM/DD)	20XX/0X/0X

※内容によって免許証の提示のお願いをすることがあります。

◆弊社の個人情報お取り扱いについて (詳細については、当社ホームページ (<https://www.chubb.com/jp>) をご覧ください。)

- ①【利用目的】 保険金のご請求時に弊社が取得する個人情報は、保険契約の履行 (損害調査、保険金支払の可否、支払保険金の算定等)・保険引受判断・各種サービスの提供等のために利用します。保険事故の関係者 (修理工場、医療機関、損害保険会社・共済、保険事故の当事者等)、業務委託先 (保険代理店を含む)、国内外の再保険引受会社、その他必要な関係先に対して提供することがあります。
- ②【第三者提供】 主に以下の場合を除き、ご本人の同意なく第三者に個人データを提供いたしません。
 - ・法令等に基づく場合
 - ・人の生命、身体または財産の保護のために必要がある場合であって、ご本人の同意を得ることが困難であるとき
 - ・保険業務の遂行上必要な範囲で、保険代理店を含む委託先に提供する場合
 - ・国等への税務関係書類作成業務に関し、契約者ならびに被保険者・受取人等の関係者に対し、保険事故内容通知が必要な場合
- ③【機微 (センシティブ) 情報】 個人情報保護法に規定するセンシティブ情報については、保険業の適切な業務運営を確保する必要があるとき等においては、業務遂行上必要な範囲で取得、利用または第三者提供をする場合があります。
- ④【情報交換制度】 保険制度の健全な運営を確保するため、また、不正な保険請求を防止するため、他の損害保険会社等との間で個人データを共同利用することがあります。詳しくは一般社団法人日本損害保険協会のホームページ (<https://www.sonpo.or.jp>) をご覧ください。

記入内容に誤りがないことを確認し、上記に同意の上、保険金を請求します。

請求日 (YYYY/MM/DD)	2023/10/15
---------------------	------------

この書類を作成された日付をご記入ください

記入が完了したらボタンを押してください
(メールが立ち上がります)

※使用端末等によりメーカーが起動しない場合は、記入済みのものを手動でメール添付ください。

請求手続きを続ける
(メール作成)

メール件名には請求者氏名をカタカナでご記入ください。

治療状況は、該当するものすべてに✓願います。

- ・ 治ゆ・・・傷病が完全に治った場合
- ・ 入院中・・・請求の入院が継続している場合
- ・ 通院中・・・次回のご通院予定がある場合
- ・ 治療中止・・・完治はしていないが、治療をしていない場合
- ・ その他・・・死亡退院など該当項目がない場合、または不明な場合に理由とともに記入ください

後遺障害残存について医師から説明を受けている場合、「残存見込みあり」に✓いただき、残存見込みのある箇所や症状など医師からうけた説明や詳細を記入ください。

治療費の負担者、詳細をご申告ください。
なお、治療諸費用特約をご請求いただく場合、別紙治療費申告書を請求書と併せてご提出ください。

運転中におケガをした場合のみ、有効資格の有無と有効期限をご申告ください。