

傷害保険 こども総合保険 保険金請求書

CHUBB®

請求前にご確認ください

この請求書は傷害保険・こども総合保険の保険金請求書です。

保険内容をご加入内容により異なります。お手元の保険証券や重要事項説明書等をご確認ください。

以下の資料を手元にご準備の上、請求書の必要項目をすべて記入ください。

- ・保険証券または加入証明書
- ・傷病名、医療機関名、治療内容わかるもの
- ・その他各保険金請求に必要な書類

記入いただいた内容に関し、お問い合わせさせていただくことがございます。また、内容により診断書など追加書類の提出をご依頼する場合がございます。

担当者からのお問い合わせは、請求書記載のメールアドレス・携帯番号・ご住所のいずれかへご連絡いたします。

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を、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 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			
契約者氏名		契約者氏名フリガナ	

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・おケガを被られご治療を受けた方）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		被保険者氏名フリガナ	
契約者との関係	<input 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 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			
携帯番号	-	-	日中連絡先 (携帯のない方のみ)
郵便番号 〒	-	住所	

3. 保険金支払先

<input 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	<input 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 type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所	支店コード(3桁)	
預金種目	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号(7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			
<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			

※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。

4. 事故の内容				
いつ起こりましたか	日付 (YYYY/MM/DD)		時刻 (24 時間表記)	:
	就業者	<input type="checkbox"/> 就業者	<input type="checkbox"/> 通勤途上	<input type="checkbox"/> 出張中 <input type="checkbox"/> その他 ()
	業務外	<input type="checkbox"/> 日常生活中	<input type="checkbox"/> 旅行中	<input type="checkbox"/> その他 ()
	契約者が事業者・団体の場合	<input type="checkbox"/> 行事参加中	<input type="checkbox"/> 行事参加に伴う往復途上中	
どこで起こりましたか	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 以下場所 (以下へ詳細を記入ください) <input type="checkbox"/> 海外 (国名: 都市名:) 都道府県 市群区			
	契約者が事業者・団体の場合	<input type="checkbox"/> 契約者が所有または使用する施設内 <input type="checkbox"/> 契約者が主催する行事場所		
どのように起こりましたか	例: 歩行中に段差につまずいて転倒し、右膝を打った。			

5. 治療状況申告欄				
傷病名・診断名				
おケガした部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 顔面 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 手指: 含手指 (具体的に、右手親指など) () <input type="checkbox"/> 下肢: 含足指 <input type="checkbox"/> 臓器 <input type="checkbox"/> その他 ()			
おケガの状態	<input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 脱臼 <input type="checkbox"/> 打撲 <input type="checkbox"/> 捻挫 <input type="checkbox"/> 切り傷 <input type="checkbox"/> 欠損・切断 <input type="checkbox"/> やけど <input type="checkbox"/> 内出血 <input type="checkbox"/> 破裂 <input type="checkbox"/> その他 ()			
原因の細菌 (食中毒のみ)				
医療機関	① 名称:	診察券番号:	電話番号:	- -
	② 名称:	診察券番号:	電話番号:	- -
	③ 名称:	診察券番号:	電話番号:	- -
入院	入院期間 (YYYY/MM/DD):	~	(入院日数: 日間)	
	入院期間 (YYYY/MM/DD):	~	(入院日数: 日間)	
手術	手術名:	手術日 (YYYY/MM/DD):		
	手術名:	手術日 (YYYY/MM/DD):		
通院 (おケガ、特定感染症・熱中症・食中毒のみ)	年 月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 計(日間)			
	年 月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 計(日間)			
	年 月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 計(日間)			
	年 月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 計(日間)			
	年 月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 計(日間)			
	年 月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 計(日間)			
固定具 (おケガのみ)	固定具種類: <input type="checkbox"/> ギブス <input type="checkbox"/> シーン <input type="checkbox"/> ギブスシャーレ <input type="checkbox"/> 副木 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	常時 (入浴時を除く) 固定していた期間 (YYYY/MM/DD):	~		
	固定具種類: <input type="checkbox"/> ギブス <input type="checkbox"/> シーン <input type="checkbox"/> ギブスシャーレ <input type="checkbox"/> 副木 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	常時 (入浴時を除く) 固定していた期間 (YYYY/MM/DD):	~		
	固定部位が手指・足指の場合、関節 (手首・足首) の固定を含みますか?	<input type="checkbox"/> いいえ (指のみ)	<input type="checkbox"/> はい (関節を含む)	

治療状況	<input type="checkbox"/> 治ゆ <input type="checkbox"/> 入院中 <input 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 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	

6. 治療費申告欄

治療費の負担	<input type="checkbox"/> あり ⇒ <input 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 type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	有効期限 (YYYY/MM/DD)	
--------------------	---	-------------------	--

※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)

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)