

超Tプロテクション(業務災害総合保険)

保険金請求書(疾病入院保険金・疾病入院医療費用保険金用) ご返送

東京海上日動火災保険株式会社 宛

※ボールペンでご記入ください(消せるボールペンは使用不可)。
 ※ご記入内容を訂正する場合は、二重線をひき、訂正箇所にご捺印のうえ、お書き直してください。

同意事項

- 本書の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ので、下記口座にお振込みください。振込をもって支払いがなされたものと認めます。
- 私は、貴社またはその指名する者が保険金の支払いをするために必要な範囲で、治療の内容・症状の程度を確認するための医療情報および請求者・相続人を確認するために必要となる戸籍関連情報を取得・利用することに同意します。

【個人情報の利用目的】

お客様の個人情報につきましては、保険引受の判断、保険事故への対応(関係先への照会等の事実関係の確認や関係する損害保険について損害保険会社間や東京海上グループ(※)内での確認を含みます。)、保険金のお支払いおよび各種商品・サービスの提供・案内を行うために利用させていただきます。
 (※)詳しくは、弊社ホームページ(www.tokiomarine-nichido.co.jp)をご参照ください。

1 保険金請求者 ▶原則としてご病気をされた方ご本人(被保険者)が保険金請求者となります。

<例外> ①ご病気をされた方が未成年の場合⇒親権者の方のご署名・ご捺印をお願いいたします。
 ②その他事情がありご本人から請求いただくことができない場合⇒弊社担当者までご相談ください。

記入日	20〇〇年 月 日		
フリガナ			
住所	〒 -		TEL 〇〇 - 〇〇 - 〇〇 ご連絡先【病気をされた方ご本人の電話番号】 日中 連絡先 〇〇 - 〇〇 - 〇〇
フリガナ	アンシン ジロウ		<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 親権者 <input type="checkbox"/> 相続人 <input type="checkbox"/> その他()
氏名	安心 次郎		

必ずご捺印ください。

▲ご病気をされた方が未成年の場合は、親権者の方のご署名・ご捺印をお願いいたします。

2 ご病気をされた方(被保険者)

フリガナ	保険金請求者と同じ		
氏名	様	生年月日	19〇〇年 1月 1日生 (40)歳
		性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女

3 ご契約内容 ▶ご連絡いただいた保険契約以外で弊社に保険金のご請求をされる場合、ご記入ください。

証券番号	Y012345678		
弊社にご請求される他の保険契約	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	証券番号①	証券番号②

4 保険金振込先

いづれかひとつ	金融機関(ゆうちょ銀行以外)	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信金 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協	フリガナ トウキョウ	<input type="checkbox"/> 座種類 <input checked="" type="checkbox"/> 普通・総合 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄
	ゆうちょ銀行	通帳記号(5ケタ)	東京	<input checked="" type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 支所
			通帳番号(8ケタ)(右詰でご記入ください)	支店コード(3ケタ) 1 2 3

口座名義(カタカナ) アンシン シロウ

※保険金のお支払い先となりますので、通帳などをご確認のうえ、正確にご記入ください。
 ※保険金請求者以外の名義の口座もご指定いただけます。

代理店受領日	弊社受領日

裏面のご記入もお願いいたします。

※記入誤りの場合は、二重線と訂正印で訂正・ご記入ください。

5 治療状況 ▶記入欄が不足する場合には、6「※その他」欄にご記入ください。

※入院期間が記載された医療機関の領収書(原本またはコピー)を添付してください。
診療明細書に入院期間が記載されている場合は、診療明細書(原本またはコピー)でも可能です。

傷病名	○×病	初診日	20〇〇年 5 月 9 日
入院期間	入院期間① 20〇〇年 5 月 10 日 ~20〇〇年 5 月 17 日	入院期間②	年 月 日 ~ 年 月 日
医療機関	【名称】(例:●●病院等) ●●病院		
今回のご病気で 上記医療機関以外で 受けた治療	<input type="checkbox"/> 有	【医療機関名】	【初診日】 年 月 日
	<input checked="" type="checkbox"/> 無	【治療期間】	年 月 日 頃 ~ 年 月 日 頃

6 ※その他(上記以外の入院期間など、記入欄が不足する場合には、下欄にご記入ください。)

7 同意書・確認書(疾病入院医療費用保険金をご請求される場合)

- 今回の入院につき貴社より保険金が支払われた際は、貴社に求償権が移転することを確認し、下記の事項を確認します。また、貴社が賠償義務者(加害者)に対し、求償権を行使するために必要な範囲において、私の個人情報が記載された損害立証書類等を求償先に提供することに同意します。
 - 今回の入院について、私が第三者から名目の如何を問わず治療費もしくは差額ベッド代、その他の費用等の全部または一部を回収した場合は、速やかに貴社に連絡し、対応について協議いたします。
 - 今回の入院に関わる費用について、賠償義務者(加害者)に対して有する一切の損害賠償請求権および第三者に対する権利(医療機関に支払った費用の内容に後日不当な内容が判明した場合にはその返還請求権を含みます。)は、貴社より支払われた保険金の限度において貴社に移転することを確認します。
 - 貴社に移転した権利の保全および行使のため、貴社からの求めに応じ、書類の作成その他必要な行為を速やかに行います。
- 他の保険契約等(※)がある場合

本保険金請求に関する私の個人情報(支払責任額等契約の内容、損害額等事故に関する情報、本件事故に関する支払可否・支払保険金等に関する情報)を、貴社の負担部分を超える額を求償するために、以下のとおり提供、利用することについて同意します。

 - 貴社が他の保険契約等を引き受けている損害保険会社・共済等へ提供すること、および提供を受け、利用すること
 - 他の保険契約等を引き受けている損害保険会社・共済等が貴社へ提供すること、および提供を受け、利用すること

(※)保険契約、共済契約その他いかなる名称であるかを問わず、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ます。