

# 保険金請求書(賠償責任保険金請求用) 1 ご返送

東京海上日動火災保険株式会社 宛

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。
- 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。

### 【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 ▶ 請求者は「被保険者(保険の補償を受けられる方)」となります。 ※会社名・代表者名をご記入の上、代表印のご捺印をお願いいたします

記入日	年 月 日
住所	〒 - -
フリガナ	
氏名	印 <span style="border: 1px dashed black; border-radius: 50%; padding: 5px;">印</span> <b>ご連絡先</b> TEL - - 日中連絡先 - -

▲ご請求される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 ご契約内容 ▶ 「他の保険契約等」は有無にチェックをしてください。有の場合は、保険会社等名称、証券番号、保険金請求の有無をご記入ください。

証券番号			
他の保険契約等 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	保険会社等名称	証券番号	保険金請求の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

## 3 保険金振込先

いずれかひとつ	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	フリガナ	<input type="checkbox"/> 座種類 <input 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)	0	通帳番号(8ケタ) (右詰でご記入ください)
口座名義(カタカナ)				

## 4 事故の内容

発生日時	年 月 日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	時 分頃
発生場所	都 道 府 県		
発生状況	加害者	氏名	
	相手方	住所	
		氏名	
		代理店受領日	弊社受領日
		(株) CREATE	
		担当	
		20 年 月 日	

示談書のご提出が困難な場合、裏面のご記入をお願いいたします。

# 保険金請求書（賠償責任保険金請求用）②

保険金のご請求にあたりましては、以下の内容を確認いただくことで、示談書にかえることができます。  
ただし、弊社が示談書のご提出を求めた場合を除きます。

5

## 確認書

▶ 示談書をご提出いただく場合は記入不要です。

### 東京海上日動火災保険株式会社 宛

前記事故により、相手方 \_\_\_\_\_ から損害賠償請求を受け、  
賠償金 \_\_\_\_\_ 円を支払うことで示談は成立しましたが、  
諸般の事情により、双方の了解のもと示談書を作成しませんでした。  
つきましては、示談書にかえて本確認書を提出し、貴社より保険金が支払われた際は、  
下記の事項を確認します。

#### 記

1. 今後名目の如何を問わず、本件について貴社に保険金の請求をしません。
2. 後日貴社に保険金支払の義務がないことが判明した場合には、支払われた保険金は全額貴社に返還します。
3. 第三者からこの保険金受領について異議の申立てがあった場合は、私に対応します。

※会社名・代表者名のご記入の上、代表印のご捺印をお願いいたします

保険金請求者	住所	〒 _____
	氏名	_____

必ずご捺印ください。

印

▲ ご請求される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。

6

## 領収書・振込証貼付欄

領収書・振込証がお手元にある場合、こちらに貼付をお願いいたします。