



## 同意書

被保険者を診察したすべての病院、医師および関係者が、保険会社またはその業務委託する者に、被保険者に関するすべての病気、傷害の記録の提供、ならびに照会に回答することに下記署名人は承認します。なお本書の写しも本書と同じ効力があるものと認めます。

I, the undersigned, authorize that au Insurance Co.,Ltd.(hereinafter,au)to obtain any and all information related to insurance claim to be filed against au from medical service provider(s),including but not limited to, any hospital(s),clinic (s),physician(s),medical doctor(s),therapist(s)and any other organization(s)or person(s), who will or have attended, examined or inspected me. I admit that the copy of this authorization is as effective as the original



被保険者または親権者の署名・捺印

住所

## 10 医師の診断書 Attending physician's statement

患者氏名 Patient	患者生年月日 年 月 日 Y M D	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	受傷日または病気の症状が現れた日 Date of accident or first symptom 年 月 日 Y M D
診断名 Diagnosis	治療の期間と方法 Date and type of medical treatment 自 年 月 日 至 年 月 日 Y M D Y M D <input type="checkbox"/> 外来 Outpatient <input type="checkbox"/> 往診 Homevisit		
症状・経過 Symptom	入院期間 Period of hospitalization 自 年 月 日 至 年 月 日 Y M D Y M D		
外科手術をした場合、その名称 The name of surgery,if any	後遺障害有無 Possibility of irrecoverable functional impediment and/or dismemberment <input type="checkbox"/> 無 N <input type="checkbox"/> 有 Y (名称 )		
現在の状態に影響する他の疾患はありますか。 Any other disease affecting present condition	病気が妊娠、出産、早産、流産等に起因するものですか。 Is sickness due to pregnancy,childbirth,premature birth and/or miscarriage		
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 experienced the similar symptom	同様の症状を訴えたのはいつごろでしょうか。 When 以前の症状で実際に治療を受けましたか。 Did insured receive medical treatment for the symptom	来院前の投薬はありますか。 Any medication prior to hospital visit	
他の医療機関で治療を受けたならば、その住所、病院名 Describe the name of other medical service provider, who attended the insured	転医日 Transferred to other hospital 年 月 日 Y M D	治癒日 Healed 年 月 日 Y M D	
職業看護師の付添いが必要でしたか？ Was constant care by nurse necessary <input type="checkbox"/> いいえN <input type="checkbox"/> はいY ( 自 至 )	ホテルでの静養が必要でしたか。 Was rest at hotel room necessary for medical reason <input type="checkbox"/> いいえN <input type="checkbox"/> はいY ( 自 至 ) 必要な理由 Reason( )		
項目別の治療費	診察費、処置費、手術費 Expenses for consultaion,surgery	入院費 Expenses for hospitalization	受領済金額 Amount paid
		医薬費 Expenses for medication	
	X線・諸検査費・手術室料 Expenses for examination	職業看護師費 Expenses for nurse	未受領金額 Balance due
		その他	
		合計 Medical bill (total) ¥	
病院または医院の名称・住所・電話番号 Name of hospital,address and telephone number		日付 Date	
担当医の署名 Signature of attending physician			

- 保険法22条2項の定めにより、お客さまが被害者の方に損害賠償金をお支払した場合または被害者の方の承認があった場合に限り、弊社は保険金をお客さまに直接支払うことが可能です。
- 保険法22条1項の定めにより、保険事故発生後にお客さまについて破産手続きまたは再生手続きが開始したとしても、被害者の方はお客さまの保険金請求権について、破産手続きや再生手続きによることなく先取特権を行使することができます。
- あらかじめ弊社の承認を得ないで、被害者の方に対して、損害賠償責任の全部または一部を承認した場合は、保険金が支払われない場合がありますので、被害者の方との示談に際しては必ず事前に弊社にご相談ください。

受付印

書類完備日

## 11 旅行事故緊急費用 Expenses due to accident

※この欄は、お客さまがご記入ください。

身の回り品購入費・支出した費用	支出した項目 Type of expense	購入日・時刻 Date	購入先 Purchased at	購入金額 Amount	保険会社使用欄
		月 日 時			
		月 日 時			
		月 日 時			
		月 日 時			

### 【旅行事故緊急費用の場合】

海外旅行中に生じた予期せぬ偶然な事故がもとで、負担を余儀なくされた費用(交通費、ホテル等客室料、食事代、国際電話料等通信費、渡航手続費、旅行サービスの取消料、身の回り品購入費)の領収証をご提出ください。

公的機関、交通機関、宿泊機関、医療機関または旅行会社(ツアーオペレーターを含みます。)による事故の証明をご提出ください。

航空機搭乗時に航空会社に寄託した手荷物がその目的地に届かなかったときに、購入された衣類、生活必需品、身の回り品の領収証をご提出ください。

代替となる他の航空機が利用可能となるまでに負担されたホテル客室料、食事代、交通費、国際電話料等通信費、旅行サービスの取消料等の領収証をご提出ください。

## 航空機遅延、寄託手荷物遅延事故証明 Certification by flight carrier

※この欄は、航空会社で記入の上、証明していただいでください。

航空会社名 Name of carrier	係員名 Person in charge	航空会社 証明押印欄 Signature
①～③のいずれか(1種類のみ)にチェックしてください。		
① <input type="checkbox"/> 寄託手荷物遅延 Delay of baggage	② <input type="checkbox"/> 出航遅延 Delay <input type="checkbox"/> 欠航(運休) Cancellation <input type="checkbox"/> 予約瑕疵 Mistake in reservation	③ <input type="checkbox"/> 乗継遅延 Delay of connecting flight
目的地空港名 Destination	出航地空港名 Departure	到着便名 Arrival flight
到着便名 Flight#	出航予定便名 Original flight	実際の到着時刻 Actual arrival time
実際の到着時刻 Actual arrival time	出航予定時刻 Original schedule	乗継地空港名 Connecting airport
実際の手荷物引渡日時 Actual baggage delivery date and time	代替便名 Substitute flight	乗継予定便名 Scheduled connecting flight
<input type="checkbox"/> 手荷物引渡しなし No delivery	実際の出航時刻 Actual departing time	出発予定時刻 Scheduled departing time
		代替便名 Substitute flight
		実際の出航時刻 Actual departing time

## 12 救援者費用 Rescuer's expenses

### 救援者費用 Rescuer's expenses

項目	人数・宿泊数等 Number of persons, hotel stays	日付 Date	金額 Amount	内容 Detail of expenses (ご利用の区間、ホテル名等)
航空券代 Air fare				
交通費 Transportation expenses				
ホテル客室料 Hotel room charge				
国際電話料等通信費 International telephone expenses				
合計 Total				

その他にご請求いただく費用がございましたら、ご記入ください。

## 【お客さまの情報に関するお取扱い】

保険金のご請求にあたって、必ずご確認のうえご同意いただきますようお願い申し上げます。

弊社は、保険金のご請求に際してお客さま等の情報をご提供いただき、必要な範囲内で適法かつ公正に情報を収集させていただきます。これらの情報は以下の目的の範囲内で利用させていただきます、法令で定められている場合を除き、または下記のお客さまの情報の外部への提供等について>に記載されている場合を除き、お客さまの同意なしに目的の範囲外で利用したり、第三者に提供することはありません。

### <利用目的について>

お客さまからお預かりした情報は、保険金の迅速・円滑・適正なお支払いに利用させていただきます。

### <法令に基づく利用目的の制限について>

弊社は保険業法施行規則53条の10に従い、医療情報等のセンシティブ情報については、保険業の適切な運営の確保、その他必要と認める目的に限定して利用します。

### <お客さまの情報の外部への提供等について>

お客さまからご提供いただきました情報は、保険金の迅速・円滑・適正なお支払い等のため、次の場合、外部に提供することがあります。またお客さまが情報を提供された保険事故関係者から提供を受けることがあります。

①個人情報保護に関する法律その他の法令等により外部への提供が必要と判断された場合

②弊社のグループ会社・提携先企業へ提供する場合

③保険金の適正および迅速な支払のために保険事故関係者(当事者、相手方、保険会社、医療機関、修理会社、保険契約者等)へ提供する場合

④あらかじめ守秘義務契約を締結した業務委託先(保険代理店を含みます)等へ提供する場合

⑤再保険金請求等のために再保険会社等へ提供する場合

⑥情報交換制度に基づき、損害保険会社・共済等の間で情報を共同利用する場合

⑦他の保険契約等(共済契約等も含みます。以下同様とします。)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、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、その保険契約等の損害保険会社・共済等へ提供する場合

⑧上記①～⑦の場合において、弊社が情報の提供を受ける場合

## 【複数の保険をご契約されている場合のお取扱い】

保険金のご請求にあたって、必ずご確認のうえご同意いただきますようお願い申し上げます。

(特約条項に「他の保険契約等がある場合の保険金の支払額」の条項がある場合に本取扱いの対象となります。)

①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られた場合には、保険契約で定められた保険金等を超えた額について、弊社はお客さまに保険金の返還をご請求させていただきます。

②他の保険契約等がある場合、弊社はその保険契約等の損害保険会社・共済等に対して、本契約の負担部分を超える額を求償します。

# 海外旅行保険保険金請求書の記入例

保険金請求日は必ずご記入ください。

保険金請求者は原則として被保険者本人です。  
※被保険者とは、病気やケガをされた方、携行品の所有者、賠償責任を負われる方です。

海外で保険金請求される場合、必ずパスポートと同じサインをお願いします。

事故の状況、病気やケガの状況をできるだけ詳しくご記入ください。  
ケガに関する保険金の請求の場合、警察等の公の機関の証明書、やむを得ない場合は第三者(目撃者)の証明が必要となります。

必ずいづれかにチェックしてください。

口座情報は通帳等をご確認の上、正確にご記入ください。  
※お振込みが可能なうち銀行の口座は送金機能を有する「ゆうちょ総合口座(旧ばるる口座)」に限定されます。送金機能のない「通常貯金」「郵便振替」口座等へのお振込みはできませんのでご注意ください。

病気やケガに関する保険金のご請求の場合は、必ず同意書欄に署名・捺印をお願いします。

被保険者が未成年の場合は、親権者の署名・捺印をお願いします。ご事情がある場合は弊社までご相談ください。

購入時の領収書・保証書等を添付してください。  
破損の場合は、写真・見積書を添付してください。  
修理不能の場合は修理不能証明書を添付してください。  
紙面不足の場合は、別紙に同じ要領でご記入の上、添付してください。  
金額は定価ではなく、実購入金額をご記入ください。

診断書欄は現地の病院で記入してもらってください。内容が同じであれば、病院所定の診断書をご提出いただけます。

他に同種の保険契約がある場合は、必ずご記入ください。

海外旅行保険、スタンダード傷害保険、所得補償保険、積立保険、動産総合保険(国外担保)、盗難保険(国外担保)

海外でお支払いいただいた治療費用については、領収証を添付してください。治療費を支払わずに帰国され、病院から請求書が送られてきた場合は、請求書を添付してください。

## 海外旅行保険保険金請求書

**au 損害保険株式会社**

下記の非動内容が事実と相違ないことを確認の上、この事故の保険金を保険約款に従い請求しますので、下記6の保険金振込指図欄に従い振込みください。また、裏面「お客さまの権利に関するお取扱い」ならびに「複数の保険をご契約されている場合のお取扱い」の記載事項を確認の上同意します。傷害・病気に起因する保険金を請求する場合は、保険会社が私の治療の取扱いについて、病院に対し照会することに同意します。

<b>1</b> 保険金請求日 Date	2012年 1月 1日	
<b>2</b> 証券番号 Policy No.	012345678901	保険期間 Insurance Period 2011年 12月 1日 ~ 2011年 12月 7日
日本の住所 Address in Japan 〒105-8026 東京都港区虎ノ門 4-3-1 城山トラストタワー 26F TEL 03-6777-7173 日中の連絡先	生年月日 Date of Birth 1980年 4月 1日	性別 Sex <input type="checkbox"/> 男性 Male <input type="checkbox"/> 女性 Female
現在の連絡先 Current Address TEL 日中の連絡先 電子メールのアドレス	3 弊社・他社を問わず、同じ事故で同一のご損害 または費用に際して保険金等が支払われる [他の保険契約等] ありますか。Other Insurance ( ) 無	
氏名(漢字)フリガナ Name 損保 太郎 (印) TARO SONPO	保険会社名① <input type="checkbox"/> 海外旅行保険 <input type="checkbox"/> その他( )	保険の種類① <input type="checkbox"/> 海外旅行保険 <input type="checkbox"/> その他( )
被保険者との関係(保険金請求者は原則として被保険者本人です。異なる場合は委任状が必要となります。) <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親権者 <input type="checkbox"/> 相続人 <input type="checkbox"/> 委任者 <input type="checkbox"/> その他( )	証券番号① 9876543210	保険会社名② <input type="checkbox"/> 海外旅行保険 <input type="checkbox"/> その他( )
氏名(漢字)フリガナ Name 生年月日 性別 年 月 日 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	証券番号②	4 海外旅行保険を付帯している クレジットカードをお持ちですか Credit card with insurance ( ) 無
住所 〒 TEL	カード名 <input type="checkbox"/> 倶楽部カード	カードの種類 VISA・MASTER・その他( ) 普通( ) その他( )
<b>5</b> 発生日時 Date of occurrence 2011年 12月 3日 午前 午後 8:30	状況・原因等 Detail of sickness of injury できる限り詳しくご記入ください。 ニューヨークのホテル滞在中、高熱が出て病院で治療を受けた。	
発生日時 Place of occurrence アメリカ・ニューヨーク	以前に同症状に関して治療を受けたことがありますか。 <input type="checkbox"/> はい Y Have you ever received medical treatment for the same symptom? <input type="checkbox"/> いいえ N もし、そうならいつですか。 If yes, when 年 月 日 頃	
届出警察/受理 No. Report to police 〇〇Police Dept. AA 12345	ご請求金額 Amount claimed *紙面不足の場合は同じ要領で別紙にご記入ください。支払通貨を必ずご記入ください。 治療費・手術費・薬代・入院室料 Medical, surgical, hospitalization fees 通訳導入費 Translator's fee US \$ 180.00	
入院有無 Hospitalization 有 Y 無 N 入院期間 Period 年 月 日 ~ 年 月 日	緊急移送費 Expenses for emergency hospitalization 通訳導入費 Translator's fee US \$ 15.00	
第三者の証明 上記の事故日時、場所、状況に相違ないことを証明します。 住所 TEL 氏名	合計(通貨) Total (Currency) US \$ 195.00	
<b>6</b> 下記に従い保険金をお支払いください。指定口座への振込みをもって保険金を受領したものとします。 I instruct that insurance money will be paid, as follows.	<input type="checkbox"/> 私が治療を受けた医療機関・搬送機関、その他保険会社が提供する機関に直接お支払いください。 To medical service provider <input type="checkbox"/> スーツケースの修理業者に直接お支払いください。 To repairer of suitcase <input checked="" type="checkbox"/> 下記口座にお支払いください。 To the following bank account	
金融機関住所(海外の場合のみご記入ください。)	*お振込先がゆうちょ銀行の場合は下欄にご記入ください。 弊社からお振込可能なゆうちょ銀行の口座は送金機能を有する「ゆうちょ総合口座(旧ばるる口座)」に限定されます。 [通常貯金] [郵便振替] 口座等へのお振込みはできませんのでご注意ください。	
口座種類 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 定期 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 通知 <input type="checkbox"/> 振替 <input type="checkbox"/> 残高引当 <input type="checkbox"/> 口座名 フリガナ ソンポ タロウ	店番 1 2 3	支店名 虎ノ門 支店 1 2 3
口座番号 1 2 3 4 5 6 7	支店番号 1 0 の	口座名義 フリガナ

## 同意書

被保険者を診察したすべての病院、医師および関係者が、保険会社またはその業務委託する者に、被保険者に関するすべての病気の記録の提供、ならびに照会に回答することに下記署名人は承認します。なお本書の写しも本書と同じ効力があるものと認めます。  
I, the undersigned, authorize that au Insurance Co., Ltd. (hereinafter, au) to obtain any and all information related to insurance claim to be filed against au from medical service provider(s), including but not limited to, any hospital(s), clinic (s), physician(s), medical doctor(s), therapist(s) and any other organization(s) or person(s), who will or have attended, examined or inspected me. I admit that the copy of this authorization is as effective as the original

**損保 太郎** (印) 東京都港区虎ノ門 4-3-1 城山トラストタワー 26F  
被保険者または親権者の署名・捺印 住所

# 携行品損害の場合の記入例

<b>5</b> 発生日時 Date of occurrence 2011年 12月 5日 午前 午後 5:15	状況・原因等 Detail of sickness of injury できる限り詳しくご記入ください。 ホテルから出たところで後ろから走ってきた男にひたたくりされた。カメラは盗まれたが、バックは肩ひもがちぎれただけで修理できた。	
発生日時 Place of occurrence アメリカ・ニューヨーク	以前に同症状に関して治療を受けたことがありますか。 <input type="checkbox"/> はい Y Have you ever received medical treatment for the same symptom? <input type="checkbox"/> いいえ N もし、そうならいつですか。 If yes, when 年 月 日 頃	
届出警察/受理 No. Report to police 〇〇Police Dept. AA 12345	ご請求金額 Amount claimed *紙面不足の場合は同じ要領で別紙にご記入ください。支払通貨を必ずご記入ください。 治療費・手術費・薬代・入院室料 Medical, surgical, hospitalization fees 通訳導入費 Translator's fee	
入院有無 Hospitalization 有 Y 無 N 入院期間 Period 年 月 日 ~ 年 月 日	緊急移送費 Expenses for emergency hospitalization 通訳導入費 Translator's fee	
第三者の証明 上記の事故日時、場所、状況に相違ないことを証明します。 住所 TEL 氏名	合計(通貨) Total (Currency)	

事故の状況をできるだけ詳しくご記入ください。  
警察等の公の機関の証明書、やむを得ない場合は第三者(目撃者)の証明が必要となります。

品名(型式・品番等できるだけ詳細に) Damaged or stolen item	数量 Quantity	損害の状態 Nature of damage	実購入金額 Price	購入した場所・店 Purchased at	購入年月日 Date of purchase	領収証の有無 Receipt
カメラ XY-200	1	盗難	¥32,000	新宿〇〇カメラ	2008年3月	有
黒の皮革製ショルダーバック	1	肩ひもがちぎれた	US \$ 300.00	ハワイ免税店	2007年12月	無

[注] ① 損害のあった保険の対象の修繕費用が時価を上回る場合などは、時価額をお支払限度額となります。時価額は、ご損害が生じた場所および時における損害品の価格(購入時の価格から使用・消耗に応じた価値減少後の価格)をいいます。  
② 支払の対象となるのは、ご旅行中に携行していたお客さま所有の身の回り品および第三者から無償で借り入れたものに限られます。居住施設内にあるものご損害につきましては、携行中ではないことから支払対象外となります。  
③ 1個、1組または1対について、10万円がお支払限度額となります。

購入時の領収書・保証書等を添付してください。  
破損の場合は、写真・見積書を添付してください。  
修理不能の場合は修理不能証明書を添付してください。  
紙面不足の場合は、別紙に同じ要領でご記入の上、添付してください。  
金額は定価ではなく、実購入金額をご記入ください。